Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 27. 2. Juli. 1889.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik in Tübingen.

Zwei Fälle von schweren symmetrischen Panaritien auf trophoneurotischer Grundlage.

Von Docent Dr. *Armand Hückel*, Assistenzarzt an der medic. Klinik in Tübingen.

Vor Kurzem wurden in der medicinischen Klinik in Tübingen gleichzeitig zwei Fälle von symmetrischen schweren trophischen Störungen an den Fingern beobachtet. Die dadurch gesetzten Verunstaltungen erinnerten durchaus an solche, wie sie bei Lepra mutilans vorkommen und das ganze Krankheitsbild war ein entschieden aussergewöhnliches, so dass gewiss eine Veröffentlichung und Besprechung dieser Fälle gerechtfertigt erscheint. Vorauszuschicken ist, dass die betreffenden Kranken nie in eine Gegend gekommen sind, wo Lepra heimisch ist und somit von vorneherein der Gedanke an lepröse Affectionen entfernt werden muss. Auch mit Leuten aus derartigen Himmelstrichen haben dieselben niemals verkehrt.

Der erste der beiden Fälle, betrifft eine Frau G., 38 Jahre alt, welche schon vor zwei Jahren zum erstenmal wegen eben der fraglichen Krankheit Aufnahme in der Tübinger medicinischen Klinik gefunden hat. Damals, 18. Nov. 1887, gab sie an, dass sie in ihrem 18. Lebensjahre an einem die Unterschenkel befallenden Ausschlag gelitten, welcher in etwa haselnussgrossen, dunkelrothen Knoten bestanden habe; die Füsse seien dabei 14 Tage lang geschwollen gewesen (Erythema nodosum?) In ihrem 26. Lebensjahre befiel sie eine über den linken Oberarm und die Brust verbreitete nässende Hautkrankheit, welche der Schilderung nach als Ekzem aufzufassen war; diese Affection verschwand nach etwa 4 Wochen. Anamnestische Punkte, welche auf Lues hindeuten konnten, wurden keine angegeben. Im Jahre 1875 brach Patientin den linken Vorderarm, als sie ein Simri Kartoffel in einem Sack über diesen Arm legte und aufheben wollte. Als Folge dieser Fractur findet sich jetzt noch eine Verkrümmung und callöse Auftreibung beider Knochen des linken Vorderarmes in ihrem oberen Drittel. Buckelig sei die Kranke seit früher Jugend. Von 1879 an habe sie häufig an Schrunden und Eiterungen an den Händen gelitten; 1880 sei zum erstenmal ein Knochenstückchen am Mittelfinger der linken Hand ausgestossen worden und bald darauf auch am kleinen Finger derselben Hand. Es bestanden damals nie Schmerzen im Rücken, Nacken oder Hinterkopf. Dagegen traten zugleich mit der Erkrankung des linken Mittel- und Kleinfingers Taubsein der linken Hand und zuckende Schmerzen im ganzen linken Arm und der linken Schulter auf. Patientin habe Gegenstände, die sie in die Hand nahm, nicht mehr so deutlich gefühlt wie früher, so dass Nähen und Stricken nicht mehr möglich war. Auch habe ihre Kraft im linken Oberarm damals schon etwas abgenommen.

In den Jahren 1880—83 wurden wiederholt Knochenstückchen am Zeige-, Ringfinger und kleinen Finger der linken Hand ausgestossen. Der Process verlief immer ohne Schmerzen, die Heilung brauchte jedesmal ziemlich lange Zeit. Im Jahre 1885 wurde auch die rechte Oberextremität befallen. Es trat in der rechten Hand ein Gefühl von Pelzigsein auf und reissende Schmerzen im ganzen rechten Arm, sodass jede Handarbeit unmöglich wurde. Zugleich entstand am äussersten Glied des rechten Daumen ohne äussere Veranlassung ein Geschwür, welches sehr lange nicht zur Heilung kam. Vier Wochen vor dem Eintritt in die Klinik hatte sie wieder am linken Mittelfinger eine Eiterung gehabt. Die Kranke, aus der Umgegend von Tübingen gebürtig, hat dieselbe noch nie verlassen. Die Eltern und Geschwister sind gesund.

Bei der ersten Aufnahme der Kranken in die Klinik wurde folgender Status festgestellt: Mässig guter Ernährungszustand; keinerlei Exantheme. Es besteht starke Kyphoscoliose nach links. Das obere Drittel des linken Vorderarmes zeigt eine beträchtliche Zunahme seines Volumens, herrührend von einer Ulna und Radius umschliessenden Callusmasse, in Folge deren Pronation und Supination unmöglich ist. — Die Finger der linken Hand sind in eigenthümlicher Weise deformirt, die Haut ist besonders an den zwei letzten Phalangen, soweit solche noch vorhanden sind, verdickt; die Endphalangen fehlen am Zeige- und Mittelfinger vollständig. Am 4. und 5. Finger sind nur noch unförmliche Stummel vorhanden. Die Nägel sind am 2.—4. Finger vollständig verschwunden, am 5. ist nur noch ein kleiner Rest davon vorhanden. Am Daumen ist äusserlich keine Veränderung wahrzunehmen. Die active Flexion in den beiden Phalangealgelenken des Daumens aufgehoben, während die vier übrigen Finger im Gelenk zwischen 1. und 2. Phalanx activ normal bewegt werden können. Der Daumenballen zeigt Spuren von Atrophie.

An der rechten Hand ist besonders der Daumen sehr stark verdickt und unförmlich, der Nagel verloren gegangen, das Nagelbett wulstig hervorragend. Die Haut über den kolbig aufgetriebenen Endphalangen der übrigen Finger ist gleichfalls verdickt. Active Bewegungen mit den Fingern können noch gut ausgeführt werden.

Die grobe Kraft beider Arme ist stark vermindert. Lässt man die Kranke mit der einen oder der anderen Hand nach einem ihr angegeben Punkt tasten, z. B. nach ihrem eigenem Ohr oder ihrer Nase, so greift sie sehr häufig fehl.

Die Sensibilität ist an beiden Händen und der peripheren Hälfte beider Unterarme sehr hochgradig gestört. Berührungen mit der Fingerspitze, ebenso Nadelstiche, werden an diesen Theilen so gut wie gar nicht wahrgenommen. Auch an den übrigen Partien der oberen Extremitäten ist die Sensibilität herabgesetzt. Die sogenannte electrocutane Sensibilität ist ebenfalls stark beeinträchtigt. An den Händen hat die Patientin keine Empfindung vom Inductionsstrom, selbst wenn die secundäre Rolle eines ziemlich grossen Dubois'schen Schlittens ganz über die primäre Spirale geschoben wird. An den Vorderarmen tritt Empfindung erst auf bei Ueberdeckung der Rollen bis auf 2,5 cm, während beim Gesunden unter denselben Umständen der Strom schon empfunden wurde,

wenn noch 6—7 cm zur vollständigen gegenseitigen Ueberdeckung der Rollen fehlten. Die Prüfung der electrischen Erregbarkeit des rechten und linken Nervus ulnaris, medianus und radialis ergibt keinerlei qualitative Veränderung des Verhaltens gegen den Inductionsstrom und den constanten Strom; dagegen sind zum Zustandekommen der Zuckung hohe Stromwerthe nöthig, erheblich höhere als beim Gesunden. Im Gesicht und im Gebiet der Hirnnerven ist nichts Auffallendes zu bemerken. Die Reaction der Pupillen und die Bewegungen der Augenmuskeln erfolgen normal. Der Augenhintergrund bietet nichts Besonderes.

Die Patellarsehnenreflexe sind etwas verstärkt, im Uebrigen ist aber an den unteren Extremitäten nichts Auffallendes zu bemerken. Der Gang zeigt nichts Pathologisches, und Patientin steht sicher mit geschlossenen Augen. — An den inneren Organen lässt sich ein anomaler Befund nicht nachweisen. Die Halswirbelsäule ist auf Druck etwas schmerzhaft; es bestehen spontan auftretende durchschiessende Schmerzen in beiden Oberextremitäten.

Die Therapie bestand in Einreibungen von grauer Salbe in den Nacken und Faradisation der Nervenstämme der Oberextremitäten. Hiebei nahmen die lancinirenden Schmerzen in den Armen erheblich an Intensität ab und die mutilirenden Processe an den Fingern machten keine weiteren Fortschritte, sodass Patientin am 1. Februar 1888 nach $2^1/_2$ monatlicher Beobachtung entlassen wurde.

Bei ihrer zweiten Aufnahme in die Klinik (4. Juli bis 13. August 1888) gab Patientin an, dass in der Zwischenzeit wiederholt Geschwüre an den Fingern aufgetreten seien. Es wurde damals folgendes constatirt: Die mutilirenden Erscheinungen an den Fingern sind besonders an der linken Hand langsam fortgeschritten. Es befindet sich am linken Mittelfinger eine tiefe, beinahe auf den Knochen reichende geschwürige Einkerbung der im Uebrigen stark verdickten Haut. Ebenso sieht man an der Beugeseite des linken Daumens ein tiefgreifendes Geschwür. Die Stummel des 2. und 4. Fingers linkerseits sind stark verdickt; dessgleichen der Daumen der rechten Hand. Die hochgradigen Sensibilitätsstörungen an den Oberextremitäten haben noch zugenommen. An den Händen und Vorderarmen beiderseits werden auch grobe Berührungen nicht empfunden. Tiefe Nadelstiche werden entweder gar nicht gefühlt oder ganz falsch localisirt. Patientin gibt an, dass sie sich am Herd häufig die Finger verbrannt habe, was sie dann allemal erst an den nachher auftretenden Brandblasen bemerkt hätte. Auch an den Oberarmen ist jetzt die Sensibilitätsstörung sehr ausgeprägt. Unter je 25 Berührungen mit der Fingerspitze — so stark, dass sie vom Gesunden sämmtliche gefühlt werden, — nimmt Patientin wahr: An der Beugeseite des linken Oberarms 10, an der Streckseite 2, an der linken Schulter 18; am rechten Oberarm auf der Beugeseite 14, auf der Streckseite 4, auf der rechten Schulter 22. Im Uebrigen fanden sich gegen früher keine Veränderungen bei der Kranken vor. Urin war frei von Eiweiss. Unter derselben Behandlung wie bei der ersten Aufnahme heilten die Geschwüre, die Sensibilitätstörung dagegen blieb unverändert.

Zum 3. Mal wurde die Kranke G. aufgenommen in die Klinik vom 18. März bis 16. Mai 1889. Schon 14 Tage nach ihrer letzten Entlassung war am Mittelfinger der linken Hand wieder ein Geschwür entstanden und im September 1888 wurde dort ein ziemlich grosses Knochenstück ausgestossen. Ebenso stiessen sich Knochenstücke von Phalangen oder ganze Phalangenknochen ab an beiden Daumen. Die Kranke hat dieselben zum Theil mitgebracht. Die dabei entstandenen Geschwüre wollten nicht heilen. Zuckende Schmerzen hat Patientin immer noch in den Armen.

Die objective Untersuchung ergab an der linken Hand, dass am Daumen die erste Phalanx fehlte, dagegen war noch erhalten die zweite Phalanx mit dem Nagel; an der Volarfläche derselben fand sich ein pfennigstückgrosses Geschwür. Der Musculus interosseus primus war deutlich atrophisch. Am Daumenballen war der Verunstaltung wegen eine Atrophie nicht deutlich zu erkennen. Am Zeigefinger fehlte die 3. Phalanx vollständig. Am Mittelfinger die 1. Phalanx und ein Stück der zweiten. Die 3. Phalanx des Ringfingers enthielt keinen Knoten mehr, am Kleinfinger fehlte die letzte Phalange. An der Spitze der Fingerstummel fanden sich überall strahlige Narben. Es bestand leichte Atrophie des Kleinfingerballens; die Haut der Hand war welk und runzelig. Die Kraft der Bewegungen im linken Handgelenk war herabgesetzt, namentlich was die Streckung betraf.

An der rechten Hand fand man, dass die 2. Phalange des Daumens zum Theil fehlte, der Rest war stark kolbig aufgetrieben. Auf der Innenseite des zweiten Gliedes des Zeigefingers zeigte sich unter der Epidermis eine Eiterpustel. Nicht zu verkennen war eine Atrophie des Kleinfingerballens.

An den Nervenstämmen des Oberarmes liessen sich deutliche Verdickungen bei der durchaus schmerzlosen Palpation nicht erkennen. Die grobe Kraft war auch in der rechten Hand herabgesetzt.

Die Anästhesie hatte an beiden Armen bedeutende Fortschritte gemacht. An den Händen wurden weder Berührungen noch Nadelstiche wahrgenommen, auch die Streckseiten der Vorderarme waren fast ganz gefühllos. Dagegen wurden an der Beugeseite der Vorderarme noch etwa die Hälfte der Berührungen mit der Fingerspitze gefühlt, aber falsch localisirt; Berührungen mit dem Wattebausch wurden nicht bemerkt. Auch an den Oberarmen war die Streckseite mehr befallen als die Beugeseite und in höherem Grade als dies früher der Fall war. Reflexe liessen sich an den Oberextremitäten keine auslösen.

Innerhalb der Bezirke mit gestörter Sensibilität wurden Temperaturunterschiede meist nicht erkannt, sondern fast immer »warm« angegeben, wenn überhaupt die Berührung mit dem Reagenzglas gefühlt worden war.

Auch im Bereich der Lumboabdominalnerven und auf dem Rücken bestanden nicht ganz regelmässig vertheilte Bezirke mit herabgesetzter Tastempfindung. Nicht sicher liess sich solche an den Unterschenkeln nachweisen, doch schwankte die Kranke etwas beim Stehen mit geschlossenen Augen.

Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit der Armnerven ergab durchweg Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit sowohl für faradischen als galvanischen Strom, wie dies schon früher der Fall war. Im Uebrigen aber keine qualitative Veränderung des elektrischen Verhaltens. Auch die Handmuskeln boten keine EAR, oder partielle EAR, nur waren die ausgelösten Zuckungen schwach.

Die grobe Kraft der Muskeln der Hand und des Vorderarmes war beiderseits herabgesetzt. Bewegungen mit denselben wurden unsicher ausgeführt, indem die Kranke, wenn sie rasch nach ihrem Ohr oder ihrer Nase, oder nach dem vorgehaltenen Finger greifen sollte, sehr häufig vorbeigriff.

Der Gang der Kranken war vorsichtig, langsam; doch weder spastisch noch atactisch. Patientin gab an, dass sie seit etwa 2 Jahren beim Gehen rasch ermüde und meint bemerkt zu haben, dass sie häufiger stolpere als früher. Die Patellarsehnenreflexe waren sehr gesteigert, erheblich stärker als früher, Fussclonus beiderseits angedeutet. Die Hautreflexe boten nichts besonderes. Die Function von Blase und Mastdarm war in Ordnung; der Urin eiweissfrei. Die inneren Organe wiesen nichts abnormes auf, ebensowenig der Augenhintergrund.

Dieser Zustand blieb bis zur Entlassung der Patientin in allen wesentlichen Zügen derselben. Zu einer Nekrose am rechten Zeigefinger kam es nicht. Durch tägliche Faradisation erreichte man eine Abnahme der lancinirenden Schmerzen in den Armen. Nie wurde Cyanose oder auffallend kühle Temperatur der oberen Extremitäten bemerkt. Der Puls war immer deutlich zu fühlen, kein Atherom der Arterien vorhanden.

Der zweite Fall betrifft einen 37 Jahre alten Taglöhner, W., der ebenfalls nie in Gegenden gekommen war, wo Lepra

zu Hause ist. Im 15. Lebensjahre wurde ihm durch eine Maschine ein Theil des linken Daumens weggerissen. Im 17. Lebensjahre stürzte Patient eine Treppe hinunter und war danach bewusstlos; der Arzt extrahirte einen Knochensplitter aus der Stirn, wovon jetzt noch die Narbe zu sehen ist. Im Frühjahr 1888 schwoll, ohne bekannte Ursache die linke Hand und der linke Vorderarm bis zum Ellenbogengelenk an innerhalb eines Tages. Namentlich sei auch geschwollen gewesen der linke Mittelfinger. An diesem Finger seien in der Folge Geschwüre aufgetreten und die zwei vorderen Glieder abgefallen. Anfang Mai 1888 sei aus diesem Finger ein etwa 2 cm langer Knochensplitter durch den Arzt entfernt worden, worauf der Stumpf allmählich wieder verheilte. Die Schwellung von Hand und Vorderarm bildete sich schon vorher zurück. Später entstanden auch am linken Ringfinger Geschwüre. Etwa 3 Wochen vor seiner Aufnahme in die medicinische Klinik seien auch rechterseits Hand und Vorderarm angeschwollen, sowie wiederum die linke Hand und in beiden Händen habe er ein Gefühl von Pelzigsein, doch keine eigentlichen Schmerzen gehabt. Am rechten Mittelfinger bildeten sich schmerzlose Geschwüre, welche jetzt noch eitern. Am kleinen Finger derselben Hand sei der Nagel angefault. In beiden Armen habe seine Kraft abgenommen. In der Familie des Kranken sind ähnliche Leiden nicht vorgekommen, auch keine Nervenleiden vorhanden. — Syphilitisch sei Patient nie gewesen.

Bei Aufnahme des Status praesens und der Anamnese wird constatirt, dass Patient entschieden geistig beschränkt und indolent ist und deshalb leider feinere Sensibilitätsprüfungen nicht mit der wünschenswerthen Genauigkeit gemacht werden können. Auch manche Punkte der Anamnese sind demgemäss als unsicher zu betrachten, namentlich gilt dies von der Angabe, dass nie Schmerzen dagewesen seien. Patient meint auch jetzt noch immer es gehe ihm ausgezeichnet. Im Gebiet der Hirnnerven sind pathologische Erscheinungen nicht zu entdecken. Die Wirbelsäule ist im Brusttheil nach rechts in leichtem Grade scoliotisch verkrümmt. Druck auf die Dornfortsätze wird nirgends, auch an der Hälswirbelsäule nicht, schmerzhaft empfunden. Ebensowenig Druck auf den Plexus brachialis der einen oder anderen Seite; verdickte Nervenstränge lassen sich nicht durchtasten. Die Musculatur der Arme ist nirgends atrophisch.

An der rechten Hand ist der Mittelfinger fast auf das Dreifache des normalen Volumens verdickt; die dritte Phalanx fehlt; am Gelenk zwischen erster und zweiter und am freien Ende der zweiten liegt nekrotischer passiv leicht beweglicher Knochen bloss. Die übrigen Finger sind ebenfalls verdickt und knollig aufgetrieben. Die zweite Phalanx des Daumens und die dritte des kleinen Fingers fehlen. An der Volarfläche der Finger ist die Haut stark verdickt und an den Gelenkstellen von tiefen geschwürigen Falten durchzogen.

An der linken Hand ist vom Daumen nur noch ein Stummel der ersten Phalanx vorhanden. An Zeige- und Mittelfinger fehlen die letzten Phalangen. Besonders stark geschwollen und mit stinkenden Eiter secernirenden Geschwüren bedeckt sind hier der Zeige- und Ringfinger. Diese beiden Finger sowie die Kleinfingerkuppen sind klumpig verunstaltet.

Die Tastempfindung für feinere Berührungen mit der Fingerspitze sowie die Temperaturempfindung ist im Bereich der Finger und Hände entschieden herabgesetzt. Ein genaues Resultat ist jedoch bei der Unaufmerksamkeit und Indolenz des Kranken nicht zu erhalten. Der Muskelsinn ist nicht gestört. An beiden Händen besteht Analgesie auf Nadelstiche und Kneifen der Haut, sie ist erheblich mehr ausgeprägt als die Störung der Tastempfindung. Die Nerven und Muskeln der Vorderarme und Hände reagiren qualitativ in normaler Weise auf elektrische Reize; nur sind grosse Stromstärken zu ihrer Erregung erforderlich. Ueber die grobe Kraft in den Händen lässt sich bei ihrer Verunstaltung nichts Sicheres feststellen. In der Gegend des Acromion findet sich beiderseits ziemlich symetrisch eine strahlige Fünfmarkstückgrosse weisse Narbe in der Haut, angeblich herrührend von Geschwüren, welche sich vor einigen Jahren gebildet hätten in Folge des Druckes der Fässer, welche der damals in einer Bierbrauerei beschäftigte Kranke auf der Schulter zu tragen hatte.

An den Beinen lassen sich bei Berührungen nicht mit Sicherheit Sensibilitätsstörungen nachweisen. Der Gang des Kranken ist etwas spastisch. Die Patellarsehnenreflexe sind erhöht und beiderseits kann Fussclonus producirt werden. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein.

Die inneren Organe bieten nichts Abnormes. Im Augenhintergrund erscheinen die Venen auffallend dick. Urin ist frei von Zucker und Eiweiss. Blase und Mastdarm functioniren in normaler Weise, Fieber ist keines vorhanden.

Die Therapie bestand in Application antiseptischer, häufig gewechselter Verbände und Faradisation der Nervenstämme der Oberextremitäten. Während des Aufenthalts des Kranken in der Klinik wurde der Knochen der 2. Phalanx des rechten Mittelfingers vollends ausgestossen. Patient verlangte am 26. Mai seine Entlassung. Zu dieser Zeit sonderten zwar die Geschwüre noch immer stinkenden Eiter ab, schienen aber doch zum Theil verheilen zu wollen.

(Schluss folgt.)

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa in Würzburg.

Ein Beitrag zur Scoliosenbehandlung.

Von Dr. *Albert Hoffa*, Privatdocent für Chirurgie an der Universität Würzburg.

(Schluss.)

Die ganze eben beschriebene Manipulation ist in wenigen Minuten vollendet. Nun lege ich in der beschriebenen Stellung ein bis zu den Achseln reichendes Gypscorset an, in dem die Pelotte mit in den Verband hereingenommen wird, schneide dann dies Gypscorset, nachdem es gut erhärtet ist, in der Mittellinie auf, nehme es vom Körper ab, wickele es wieder mit einer Gypsbinde zu und giesse es mit Gyps aus. So erhalte ich ein Modell des detorquirten Thorax und benutze nun dieses, um über ihm ein möglichst dünnes, abnehmbares Gypscorset zu verfertigen.

Da dieses neben den anderen vorher genannten Indicationen, vorzugsweise gegen die Torsion des scoliotischen Skelettes ankämpft, so nenne ich es »Detorsionscorset«. Liegt es am Körper des Patienten an, so fixirt es denselben in der gewünschten aufgerollten Stellung. Der Körper hat nun aber naturgemäss das Bestreben, in seine alte scoliotische Stellung zurückzusinken. Dieses Bestreben kommt uns aber zu Gute, denn dadurch übt das Corset nicht allein einen dauernden elastischen Druck auf den hintern Rippenbuckel aus, sondern es werden gleichzeitig durch das Bestreben der linken Seite, nach vorn zu kommen, die hervorragenden Rippenenden dieser Seite nach innen gedrängt und so resultirt eine dauernde Verkleinerung des verlängerten diagonalen Thoraxdurchmessers. Dagegen vermag sich der entgegengesetzte, verkleinerte Thoraxdurchmesser voll zu entfalten, indem namentlich zwischen Corset und dem Rücken der Patienten in diesem Durchmesser ein weiter Spielraum frei bleibt. An dem Corset selbst sieht man die Detorsion sehr schön, wenn man es genau in der Mittellinie aufschneidet, indem man dann sofort seine spiralige Drehung erkennt. (Fig. XII.)

Die Patienten müssen sich an die veränderte Haltung im Corset natürlich erst gewöhnen, doch verursacht ihnen dasselbe durchaus keine Schmerzen oder Athemstörungen. Nur wenn man die Detorsion übertreibt, ist das letztere der Fall. Davor

möchte ich aber dringend warnen. Gutta cavat lapidem non vi sed saepe cadendo! Mit Gewalt erreicht man in der Scoliosenbehandlung keine Erfolge. Nur durch ein beharrliches, auf pathologisch-anatomischer Basis beruhendes und langsam, aber von Monat zu Monat mehr und mehr das Endziel erstrebendes Vorgehen kann man den Patienten Besserung und Heilung ihres Zustandes, sich selbst aber eine wirkliche Befriedigung an dem Geleisteten verschaffen.

Fig. XII.

Das Detorsionscorset soll nun nicht unmittelbar angelegt werden, nachdem man die scoliotischen Kinder in Behandlung bekommen hat.

Das wäre gefehlt! Zunächst muss man dahin streben, dass eine wirkliche Detorsion der Wirbelsäule auch möglich ist. Dies aber erreicht man durch eine vorausgehende Mobilisirung der fixirten Wirbelsäule. Auch hier möchte ich vor Anwendung zu starker Gewalten warnen. Es erscheint mir des Guten etwas zu viel, wenn Lorenz von seiner »seitlichen Suspension« schreibt, dass bei dem erstmaligen Ausführen derselben die Wirbelsäule ordentlich in ihren Fugen kracht. Täglich mehrmals wiederholte, aber weniger kräftig ausgeführte Selbstsuspension führt zwar langsamer, aber doch ebenso sicher und für die Patienten angenehmer zum Ziel. Neben diesem Verfahren von Lorenz benutze ich in allen Fällen als ausserordentlich wirksames Unterstützungsmittel zur Mobilisirung noch den von Beely empfohlenen Apparat zur Redressirung der scoliotischen Wirbelsäule. Dieser Apparat scheint mir viel zu wenig Verbreitung gefunden zu haben und möchte ich daher nochmals die Aufmerksamkeit auf denselben lenken. Er ist beschrieben in dem Centralblatt für Orthopädische Chirurgie, October 1886. (Fig. XII. a.)

Ausserdem lasse ich die Patienten, nachdem sie den eben erwähnten Redressirungsvorrichtungen unterworfen worden sind, täglich 2—3 mal die oben beschriebene Detorsionsstellung (siehe Fig. X) einnehmen; sie erlernen es bald, ohne irgend welche Mühe $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde in derselben suspendirt zu bleiben.

Ist nach einer derartigen etwa 3—4wöchentlichen Behandlung die Wirbelsäule vorbereitet worden, dann erst lege ich das Detorsionscorset an und habe es wohl diesem Umstand zuzuschreiben, dass ich von demselben ebensowenig Nachtheile für die Patienten gesehen habe, als von dem gewöhnlichen Sayre'schen Corset. Als ich einmal eine eben zu mir gekommene Patientin sofort detorquirte und das Corset anlegte, klagte diese bald über Schmerzen am Rippenbuckel, sodass ich das Corset schleunigst wieder abnahm, um keinen Decubitus zu bekommen. Folgt man meinem Rath, so kann man diesen sicher vermeiden.

Das Detorsionscorset betrachte ich nur als den Ersatz eines der früheren Lagerungsapparate. Ich beabsichtige in demselben lediglich den Körper gerade wachsen zu lassen, während ich gleichzeitig dafür sorge, dass durch ausgiebige Gymnastik, Massage und Elektricität nicht allein die Rückenmusculatur, sondern die Muskeln des ganzen Körpers gekräftigt werden.

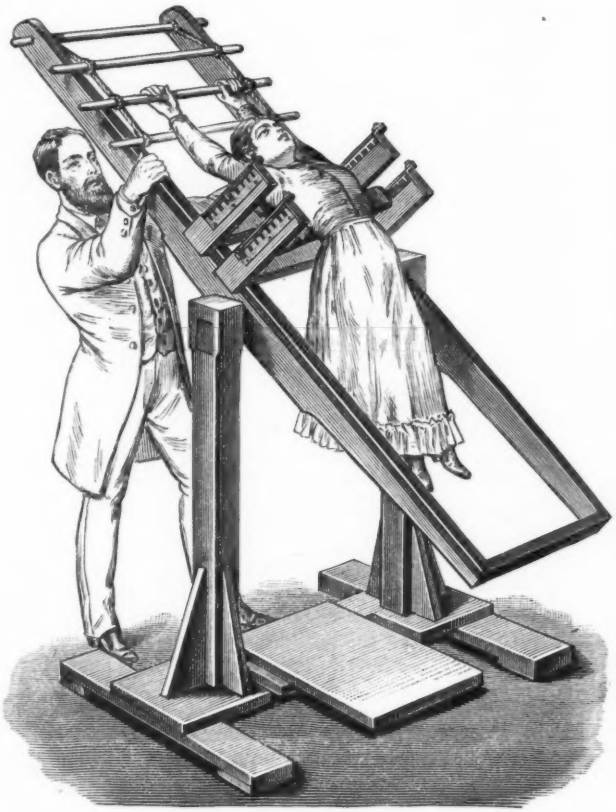

Fig. XII. a.

Es würde mich zu weit führen, wollte ich auf diese letzteren therapeutischen Maassnahmen hier noch ausführlich eingehen. Ich will aber doch wenigstens ganz kurz meinen Behandlungsplan skizzieren.

Kommt ein scoliotisches Kind zu mir, so suche ich zunächst die Wirbelsäule desselben, die ja gewissermassen ein System pseudo-ankylotischer Gelenke darstellt, wieder beweglich zu machen. Ich gehe dabei ganz systematisch vor und benutze zur Mobilisirung zunächst die einfache verticale Suspension, gehe dann zur Lorenz'schen seitlichen Selbstsuspension über, bringe dann die Kinder auf den Beely'schen Redressionsapparat und übe zuletzt die Detorsion in meinen oben angegebenen Rahmen. Ist die Wirbelsäule so schon nachgiebiger geworden, so versuche ich noch eine manuelle Redression. Ich lege dazu die Patienten mit der Convexität ihrer Krümmung auf mein Knie, lasse an dem Becken und am Oberkörper oberhalb der Verkrümmung extendiren und drücke nun mit meinen Händen den Thorax zurecht. Damit ist dieser Act der Behandlung erledigt.

Es folgt nun die Selbstredression der Patienten, die sie bei ihren gymnastischen Uebungen vornehmen. Hiezu verwenden sie täglich mit Pausen etwa 2 Stunden. Die gymnastischen Uebungen selbst habe ich mir nach den früheren Angaben von Schildbach, Busch, Mosengeil, Sayre u. A. vollständig detaillirt ausgearbeitet, so dass ich jede einzelne Muskelgruppe des Rückens für sich in Angriff nehme. Von der dadurch erzielten Kräftigung der Rückenmusculatur konnten sich viele meiner Würzburger Herren Collegen überzeugen, als

ich meine hier geschilderte Behandlungsmethode der Scoliosen im Würzburger ärztlichen Verein demonstrirte.

Nach der Gymnastik folgt die Faradisation des Rückens und Massage desselben, die ich nach der Mezger'schen Technik ausführe, wie ich es bei v. Mosengeil gelernt habe. Daneben benutze ich mit Vortheil die sogenannte »moralische Methode« der Scoliosenbehandlung, auf die mich der vielerfahrene Londoner Orthopäd Dr. Roth aufmerksam machte. Man sucht hier den Willen der Kinder zu beeinflussen. Dieselben werden aufgefordert, die richtige Körperhaltung einzunehmen. Haben sie dies nach ihrer Ansicht gethan, so wird ihnen ein Spiegel vorgehalten, damit sie erkennen, wie sie sich getäuscht haben. Sie werden nun wieder aufgefordert, sich gerade zu halten und zo kommen sie schliesslich dazu, von selbst auf ihre Haltung zu achten und damit auch die Bemühungen des Arztes zu unterstützen.

Wenn die Kinder ihre gymnastischen Uebungen gemacht haben, so sind sie müde, und da jede Ueberanstrengung vermieden werden soll, so bedürfen sie jetzt der Ruhe. Diese gebe ich ihnen, indem ich sie sich auf eine schiefe Ebene legen und miteinander unterhalten lasse.

Würde man die Kinder von diesen Lagerungsapparaten aufstehen lassen und nichts weiter thun, so würde sie die Last des Oberrumpfes gar bald wieder die schlechte Haltung einnehmen lassen. Wir müssen dies vermeiden, ja wir müssen dahinstreben, den belastenden Oberrumpf selbst antiscoliotisch wirken zu lassen. Dies suche ich durch mein Detorsionscorset zu erreichen. Haben also die Kinder geturnt, sind sie massirt und elektrisirt worden, so werden sie in meinem Rahmen suspendirt, detorquirt, und bekommen in dieser Stellung ihr Corset angelegt. Dieses behalten sie nun bis zum Nachmittag an. Nachmittags wird das Corset wieder abgenommen, wieder der eben beschriebene Modus procedendi eingeschlagen und dann schliesslich wieder das Corset angelegt, um über Nacht angelassen zu werden, bis morgens früh die »Chiro- und Mechano-Therapie« wieder beginnt.

Diese Behandlung scoliotischer Kinder muss lange Zeit, mindestens mehrere Monate fortgesetzt, der Schulbesuch nach dem Gesagten sistirt werden, dann kann man zufriedenstellende Resultate erreichen. Das wird mir wohl jeder zugeben, der die folgenden vor und nach der Behandlung genommenen Photographien einiger Fälle betrachtet, die ich consequent der geschilderten Therapie unterzog.

Ich gebe dazu kurze Notizen aus den Krankengeschichten.

1) Anna B. aus Niederramstadt, zugesendet von Collega Kraus aus Darmstadt, 15 Jahre alt, eingetreten in die Klinik 2. Juni 1888. Leicht zu mobilisirende habituelle Scoliose II.—III. Grades. Status bei der Aufnahme zeigt Fig. XIII, bei der Entlassung am 14. IX. 88 Fig. XIV.

2) Babette L. aus Würzburg, 13 Jahre alt. Stark fixirte habituelle Scoliose II. Grades. In die Klinik eingetreten 25. Juli 1888. Status bei der Aufnahme zeigt Fig. XV, bei der Entlassung am 12. X. 1888 Fig. XVI.

3) Lina H. aus Bernek, zugesendet von Collega Wild, 13 Jahre alt, eingetreten in die Klinik 22. Januar 1889, entlassen 28. März 1889. Starke fixirte habituelle Scoliose II.—III. Grades, bei der Aufnahme Status aus Fig. XVII, bei der Entlassung aus Fig. XVIII. ersichtlich.

4) Julie S. aus Kissingen, zugesendet von Collega L. Oppenheimer in Würzburg, eingetreten in die Klinik 1. März 1889, entlassen 3. April 1889. Die Fig. XIX. und XX. zeigt die Patientin vor und nach der Aufnahme.

Betrachten wir nun das Resultat in diesen 4 Fällen, denen ich wegen Raummangels hier nicht mehr anschliessen darf, so habe ich in diesen in der kurzen Zeit von höchstens 3 Monaten doch die Verdrehung des Oberkörpers gegen das Becken beseitigt. Ich halte dies schon, da dadurch die äusseren Rumpfcontouren wieder der Norm zugeführt werden, für einen bedeutenden Erfolg und darin wird mir wohl jeder zustimmen, der sich selbst ernstlich und mit Selbstkritik der schweren Aufgabe der Scoliosenbehandlung unterzogen hat.

Auch die Rippenbuckel selbst sind entschieden günstig beeinflusst worden. Sie ganz zu beseitigen, wird in schweren Fällen wohl nie gelingen, wenigstens würden dazu Jahre consequenter Behandlung nothwendig sein.

Auch an die Erfüllung dieser Aufgabe habe ich mich herangemacht und zwar versuche ich mit bis jetzt vielversprechendem Erfolg zu diesem Zweck den elastischen Zug, der ja bekanntlich am besten geeignet ist, bei dauernder Anwendung deforme Knochen zur Norm zurückzuführen.

Die hinteren Rippenbuckel entstehen nach Lorenz durch eine Abknickung an der Epiphysenlinie, welche die Bogenwurzel mit dem Wirbelkörper verbindet. Diese Abknickung müssen wir also wieder rückgängig zu machen suchen, wenn wir erfolgreich gegen den Rippenbuckel direct ankämpfen wollen.

Ich benütze hiezu den Stützapparat, den ich auf der Kölner Naturforscher- und Aerzte-Versammlung demonstrirt habe. An einem Beckengurt geht in der Mitte des Rückens eine senkrechte Spange in die Höhe, welche in Verbindung steht mit der die linke Achsel stützenden seitlichen, die Achselkrücke tragenden Schiene. Vorn rechts geht eine federnde Spange nach oben, die eine Pelotte trägt, deren Stützpunkt in der Mohrenheim'schen Grube liegt. Ist der Apparat angelegt, so wird mit zwei elastischen Zügen, die von rechts oben nach links unten über die linke Rückenhälfte hin verlaufen, die mittlere Rückenstange fest fixirt. Nunmehr werden wiederum mit elastischen Zügen die einzelnen den Rippenbuckel zusammensetzenden Rippen kräftig nach innen gedrückt, indem die Züge an die vordere, federnde Spange befestigt werden. Den Gegendruck auf der entgegengesetzten Seite des betreffenden Thoraxdurchmesser besorgt ebenfalls ein elastischer Gurt. Die ausgezeichnete Wirkung dieses Apparates ersieht man am besten aus den Figuren XXI. und XXII. Der Apparat ist hier angelegt an der Patientin, deren Rücken Fig. XIII. darstellt.

Ich lasse diesen Apparat, der gleichzeitig die Wirbelsäule schön streckt, auch während der Nacht tragen und kann mit den elastischen Zügen die redressirende Kraft beliebig dosiren. Diesen Apparat erhalten die Patienten also, wenn nach Ablegung des Detorsionscorsettes noch ein stärkerer Rippenbuckel vorhanden ist.

Besonders grosse Schwierigkeiten stellen der Behandlung die Fälle von Scoliosen in den Weg, die zu secundärer Verkrümmung der Halswirbelsäule und damit zum Caput obstipum geführt haben. Auch in diesen Fällen habe ich die Anwendung des elastisch-redressirenden Zuges mit Erfolg versucht. Folgender Fall möge als Beispiel dienen.

Albertine M., 8 Jahre alt, leidet seit 2 Jahren an einer habituellen Scoliose. Zu dieser gesellte sich, nachdem sie vor einem Jahre acuten Gelenkrheumatismus überstanden hatte, noch eine Scoliose der Halswirbelsäule, so dass Patientin beim Eintritt in meine Klinik am 15. IX. 88 den durch Fig. XXIII. ersichtlichen Status praesens darbot. Ich ging nun in der Weise vor, dass ich die Wirbelsäule nach Lorenz und Beely beweglich machte, legte dann ein Detorsionscorset an und unterwarf die Patientin zweimal täglich einer Suspension, deren Art und Weise aus Fig. XXIV. wohl ohne weiteres klar wird. Der Kopf wurde durch zwei, an dem Querbalken und dem Kinnriemen der Glisson'schen Schlinge befestigte elastische Züge nach rechts gezogen, während der Körper durch einen anderen elastischen Zug nach links angespannt wurde. Die rechte Hand hielt sich hoch am Beely'schen Rahmen. Die linke dagegen hält, frei herabhängend, eine schwere Hantel; dies letztere desshalb, um die Nackenschulterlinie der linken Seite wieder

normal zu gestalten. Während der Nacht trug die Patientin eine nach einem Gypsmodell gefertigte Halscravatte.

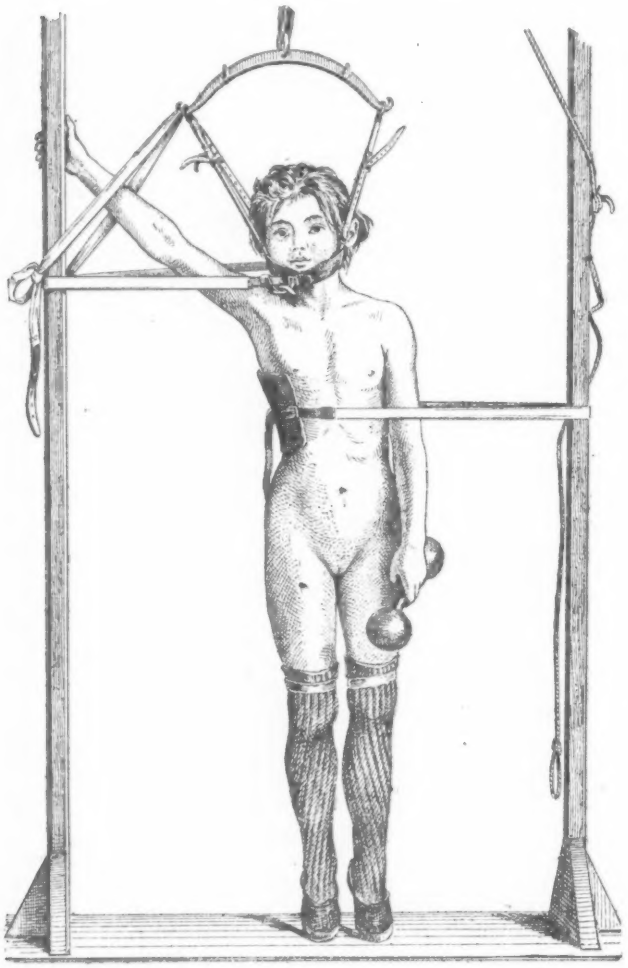

Fig. XXIV.

Das schliessliche Resultat war ein vorzügliches, indem Patientin am 15. XII. 88, also nach nur dreimonatlicher Behandlung als geheilt entlassen werden konnte. (Fig. XXV.)

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass ich die erreichten Resultate bei der Entlassung der Patienten aus meiner Behandlung dadurch sichere, dass ich denselben ein Beely'sches[6]) Corset mitgebe. Dasselbe verwende ich auch dann, wenn die Patienten aus irgend welchen Gründen sich nicht der geschilderten Behandlungsweise unterziehen, sondern nur ambulant behandelt werden können.

Ueber Meningitis cerebro-spinalis epidemica.

Von Dr. *Hermann Blümm*, prakt. Arzt in Kleinwallstadt.

(Vortrag, gehalten in der Sitzung des ärztl. Bezirksvereins Obernburg-Miltenberg am 6. April 1889.)

(Schluss.)

Die Hyperästhesie der Sinnesorgane habe ich vorher als eines der ersten Symptome erwähnt. Nun bleibt es zumeist nicht bei diesen Erscheinungen Seitens derselben, sondern wir haben oft noch viel andere schlimmere Dinge zu beobachten Gelegenheit. Von Seiten des Auges folgt der Photophobie in einzelnen Fällen Conjunctivitis, Chemosis conjunct., Strabismus, Diplopie, Lagophthalmus, vorübergehender Verlust des Sehvermögens, Iris und Chorioidea werden in Mitleidenschaft gezogen; Iritis, Irido-Chorioiditis, Glaskörpereiterungen und Kapseltrübungen, Netzhautablösungen, Neuro-Retinitis sind beobachtet worden. In einem Falle hatte ich Gelegenheit, eine sehr rasch verlaufende Keratomalacie zu beobachten, deren eventueller weiterer Verlauf durch den Tod der ferneren Beobachtung entzogen wurde. Die Diplopie und der Strabismus, die ich in einem Falle sehr ausgeprägt sah, standen Monate lang zur Beobachtung, ehe dieselben vollständig schwanden. Ich betone dies hauptsächlich wegen eines später noch zu erwähnenden Vorkommnisses, das mit dem langen Bestand des Exsudates und dem langsamen Schwund desselben im Zusammenhang steht.

Alle diese Augenerkrankungen gehören mit Ausnahme der Conjunctivalblennorrhoë und der transitorischen Amblyopie einem späteren Stadium der Erkrankung an und zeichnen sich meist durch ihren malignen Verlauf aus, der kaum eine Restitutio ad integrum erwarten lässt. Ihr Auftreten hat daher zumeist eine ungünstige prognostische Bedeutung quoad restitutionem.

Diese Affectionen werden, wie ich kurz erwähnen will, von einigen Autoren auf Grund mikroscopischer Untersuchung derselben als Primärerkrankungen des Uvealtractus angesprochen, während die Fortleitung von den Meningen als Secundärerkrankung von ihnen negirt wird. Wenn dies nun auch für den grössten Theil dieser Affectionen zutreffend sein wird, so kommen doch auch Erscheinungen vor, die zweifelsohne erst in zweiter Reihe durch die in den Meningen gesetzten Veränderungen zu Stande kommen, wie z. B. die oben erwähnte Keratomalacie auf trophoneurotischer Basis zu beruhen schien.

Die Erkrankungen des Gehörorganes werden im Ganzen noch häufiger angetroffen, als die des Auges. Die Klagen der Kranken über Ohrensausen, Schwerhörigkeit u. dgl., Schmerz, besonders tief im Ohre, gehören nicht zu den Seltenheiten. In jenen Fällen, wo eine gleichmässige Beobachtung des Kranken möglich ist, also in den leichteren Fällen, sehen wir diese Erscheinungen mit der Dauer der Erkrankung gradatim vorwärts schreiten und es entwickelt sich daraus nicht allzuselten persistirende Schwerhörigkeit. In Fällen, wo nach einiger Zeit Benommenheit des Sensoriums eintritt oder gar in jenen, welche nach allerkürzestem Verlaufe in Coma übergehen oder in foudroyant einsetzenden Erkrankungen fällt die weitere Prüfung des Gehörorgans wegen ihrer Unmöglichkeit weg. Das häufige Auftreten von Gehörshallucinationen im Beginne des Leidens ist bereits früher erwähnt. Diese Störungen sind nun entweder vorübergehende, sie schwinden mit der eingetretenen Genesung zumeist oft erst nach monatelanger Dauer oder sie bleiben bestehen und zwar, wie dies die Arbeiten von Lucae und Moos[6]) feststellen, in ziemlich hohen Procentsätzen. Moos erwähnt, dass von 64 Fällen von Cerebro-spinal-Meningitis 59 Proc. taubstumm wurden, weil sie als Kinder auf beiden Ohren taub geworden waren. Ohne Taubheit blieben 31,4 Proc.; schwerhörig waren 7,8 Proc. Moos betont insbesondere die Weiterverbreitung der Krankheit vom Gehirn aus durch Vermittlung der perivasculären und perineurialen Lymphbahnen. Die dadurch bedingte Entzündung des Perineuriums des Acusticus pflanzt sich auf das Labyrinth fort und hat eine Nervenatrophie im Gefolge, welche nothwendig jenen oben erwähnten Zustand erzeugen muss.

Zugleich sei hier kurz auf die von Moos gegebene Erklärung des taumelnden Ganges solcher Kranker hingewiesen, den er auf Störungen in den halbzirkelförmigen Canälen und ihren Ampullen zurückführt.

Die prognostische Bedeutung dieser Verhältnisse bedarf somit keiner weiteren Erörterung.

Störungen des Geschmacks- und Geruchssinnes gehören glücklicherweise zu den Seltenheiten.

Dagegen ist nach meinen Beobachtungen der Einfluss der Affection auf die Intelligenz und das Auffassungsvermögen der befallenen Personen kein so seltener wie Hirsch annimmt. In fast allen Fällen, welche in unserer Epidemie Schulkinder betrafen, wurde von Seiten des Lehrers, der doch die Kinder vor

[6]) Centralblatt für ärztliche Polytechnik und Orthopädie, 1888.

[6]) Moos, die Taubstummheit und ihre Abhängigkeit von Cerebr. spinal Mening. Heidelberg, 1883.

und nach der Epidemie zu unterrichten und zu beobachten Gelegenheit hatte, wie auch von mir in den anderen Fällen festgestellt, dass die Auffassungsgabe, die Raschheit der geistigen Perception, wie das Lernvermögen in merklicher Weise gelitten hatte. Feststellen liess sich auch, dass diese Erscheinung um so auffallender war, je schwerer der betreffende Kranke befallen gewesen.

In zwei Fällen wurde jetzt nach einem Jahre noch ein Rückgang in den geistigen Fähigkeiten beobachtet und es ist vorerst noch nicht abzusehen, wie weit hier der Einfluss des Processes auf die Gehirnfunctionen sich erstrecken wird. Dass aber diese Fälle zu eventuellen Psychosen im späteren Leben disponiren, kann wohl nicht in Abrede gestellt werden, obwohl hierüber kaum mehr als kurze Andeutungen zu finden sind.

Die zu erwähnenden Hautveränderungen, die zum Theil als pathognomonisch zu betrachten sind, sind zumeist die Herpesformen, Herp. facial., labial., nasal., palpebr. und auricul. kommen gewöhnlich vor. Herpes thorac. und der Extremitäten habe ich nicht beobachtet. Erwähnt werden noch als vorkommend roseola-artige Exantheme, Masern und Scharlach ähnelnde Formen. Petechien werden wie Ecchymosen, erysipelatöse, bullöse und pustulöse Hautausschläge beobachtet.

So berichtet Teleky[7]) von einem Falle mit stecknadelbis linsengrossen Ecchymosen, die Verwechslung mit Variola haemorrhagica zur Folge hatte, da das Exanthem sehr frühzeitig neben multiplen Gelenkentzündungen aufgetreten war. v. Bamberger erwähnt in der daran geknüpften Discussion die ausserordentliche Seltenheit von Petechien; Hirsch dagegen erklärt, dass sich verschiedene Epidemien (insbesondere die amerikanischen und schwedischen) verschieden verhalten; jedoch scheint es, dass diese Erscheinung in Frankreich und Deutschland weniger häufig beobachtet worden ist (Fräntzel, Niemeyer, Pfeuffer, Bamberger, v. Ziemssen[8]). Rachen- und Bronchialcatarrhe sind keine Seltenheit: sie geben kaum einen Anlass zu ernsteren Bedenken. Bedeutungsvoller sind dagegen die Bronchopneumonie, die gar nicht selten vorhommende croupöse Pneumonie, die hypostatische Pneumonie oder endlich Lungenabscess oder Lungengangrän.

Die Athmung wird im Verlaufe des Leidens oft unregelmässig und oft sehr oberflächlich. Der Puls ist gleichfalls in vielen Fällen auffallenden Unregelmässigkeiten unterworfen. Gewöhnlich erscheint er verlangsamt. Mehrung der Pulsfrequenz, ausser in der Reconvalescenz hat zumeist keine günstige Vorbedeutung. Ich sah sie in meinen 3 Todesfällen 4—10 Stunden vor dem Tode eintreten. Die Puls- und Athemfrequenz sowie die Temperaturcurve zeigen in den einzelnen Fällen fast kaum eine Uebereinstimmung, welche Thatsache schon v. Ziemssen dahin formulirt, dass nur wenige Curven Uebereinstimmung zeigen. Die Temperatur geht meist nicht bedeutend über 39° hinaus oder in schweren Fällen wechseln Steigerungen und Nachlässe ab, bis oft plötzlich vor dem lethalen Ausgang eine heftige Steigerung bis zu 41 — 42° eintritt, oder andernfalls nach längerer Dauer Nachlass der Erscheinungen und somit Besserung eintritt. In manchen zum Tode führenden Fällen fehlt aber auch dieses excessive Ansteigen (Ziemssen) und der Tod kann rasch ohne Reactionserscheinungen eintreten. Hier handelt es sich wohl zumeist um Collapstod.

Eine für den Kranken sowohl, als auch für den Reconvalescenten sehr unangeneme Mitgabe bildet die schon oft sehr frühzeitig auftretende grosse Abmagerung und Hinfälligkeit, wie sie kaum bei anderen Leiden, ja selbst bei den schwersten Formen des abdominalen und exanthematischen Typhus kaum beobachtet wird. Sie hat noch die unangenehme Seite, dass sie den energischesten Ernährungsversuchen widersteht und desshalb oft noch zu einer Zeit der Reconvalescenz den tödtlichen Ausgang durch Marasmus zur Folge hat, wo im Allgemeinen solche Eventualitäten, wenn nicht durch intercedirende Leiden bedingt, zu den Seltenheiten gehören. Ueberhaupt ist eine sehr in die Länge gezogene Reconvalescenz eines der constantesten Symptome der Meningitis.

Dies sind die erwähnenswerthesten Erscheinungen dieses Leidens, dabei muss aber betont werden, dass kaum alle möglichen Erscheinungen der knappen Form halber berührt zu werden vermochten. Es treten hie und da noch eine Menge anderer Symptome auf, die mehr oder weniger sich aus den bemerkenswerthen Veränderungen ableiten oder doch den erwähnten Zuständen verwandt sind.

Hier sei in Kürze eine Beobachtung erwähnt, die uns das lange Bestehen des Exsudates oder doch der lange dauernden Läsionsfähigkeit der weichen Hirnhäute deutlich erkennen lässt. Das in Hofstetten zuerst erkrankte Kind, dessen Erkrankung ich auch in anderer Beziehung noch einmal erwähnen werde, erkrankte Ende December an Meningitis cerebro-spinalis, von der dasselbe nach längerer Zeit genas. Im Juni (also fast 7 Monate später) trat bei diesem Kinde Scharlach auf: Das Exanthem, vollkommen efflorescirt, hatte 3 Tage bestanden, Puls und Temperatur entsprachen den bei Scharlach gewöhnlichen Verhältnissen. Plötzlich änderte sich das Krankheitsbild: das Kind, das vorher noch ein stark geröthetes Gesicht zeigte, verblasste vollständig, collabirte etwas, Puls und Temperatur fielen ab, es trat leichter Sopor ein. Nach 48 Stunden stellte sich Genickstarre mit nachfolgenden Convulsionen ein, der die Kleine binnen 6 Stunden erlag. Die in diesem Falle von grösstem Interesse gewesene Section wurde nicht zugegeben.

Ist nun auch diese Meningitis nicht als Fortsetzung der früheren Epidemie anzusehen, so findet sie doch genügende Erklärung durch die Annahme einer Recrudescenz der Entzündung durch noch vorhandene Exsudatmassen, resp. die dadurch bedingten Reizzustände des Gehirns, während mir die Annahme einer neu entstandenen eitrigen Meningitis schon darum unwahrscheinlich erscheint, weil die Initialvorgänge bei dieser Erkrankung ganz einem Scharlach, aber nicht einer complicirenden eitrigen Meningitis entsprachen; ausserdem ist es mir bei einem Beobachtungsmaterial von 1352 Scharlacherkrankungnn nur in diesem einzigen Falle begegnet, dass beide Affectionen gleichzeitig bei einem Kranken beobachtet wurden. Wäre die Section zugegeben werden, so würde der pathologisch-anatomische Befund wohl den gewünschten Aufschluss gegeben haben.

Der pathologisch-anatomische Befund bei der Cerebrospinalmening. epidem. ist in ganz vorzüglicher Weise in Ziegler's pathologischer Anatomie beschrieben. Meine 2 Kopf- und Halsmarksectionen ergaben im Ganzen das dort beschriebene typische Bild. Die Angabe von Jourdes, Forget, Fewell u. A., dass bei hyperacutem Verlaufe des Leidens — in 12—30 stündiger Krankheitsdauer — das Exsudat nicht vollkommen ausgebildet sei, fand ich in einem Falle von kaum 28stündiger Krankheitsdauer nicht bestätigt, indem sich hier schon fadenziehendes, gelatinös eiteriges, ähnlich stark glänzender Butter aussehendes Exsudat gebildet hatte. Der Mann war ganz blitzartig schnell von rasendem Kopfschmerz, dem in aller Kürze die heftigsten Erscheinungen folgten, befallen worden und erlag nach oben erwähnter Zeit der Erkrankung.

Bei der Section des zweiten Todesfalles, bei dem die Erkrankung 7 Tage angedauert hatte, zeigte sich eine mehr gleichmässige Ausbreitung des Exsudates, das aus grünlich gelber Eitermasse bestehend mit krümlichen Formenbildungen die beim Abziehen der an verschiedenen Stellen mit der Pia verklebten Dura entstandenen Risse durchdrang und auf die Aussenfläche trat. Hiebei fand ich auch die von Ziemssen erwähnte Ausbreitung nicht nur über die Convexität des Gehirns, sondern, wenn auch mit schwächeren Belagen auch auf der Basis, wobei die vermittelnden Elemente wohl die Zwischenräume zwischen Pia und Arachnoidea im Verlaufe der venösen Gefässe bilden, welche auch zumeist von dem Exsudat umlagert sind. Die Betheiligung der Sulci des Gehirns, ihre Einebnung durch das Exsudat brauche ich als bekannt kaum zu erwähnen.

Die Ventrikel des Gehirns leiden, wie von den Autoren erwähnt wird, oft und zeigen dieselben Erscheinungen wie die Subarachnoidealräume. Die Veränderungen derselben, namentlich ihre grössere Füllung, der daraus hervorgehende Hydro-

[7]) Münchener medicinische Wochenschrift 1887. S. 921.

[8]) cf. deren Lehrbücher.

cephalus, die Quellung eventuell eiterige Durchtränkung der Tel. choroid., wie sie in dem 1. Sectionsbefund zu bestehen schien, bleiben für uns von bedeutender Wichtigkeit. Dass bei dem längeren Fortbestehen dieser Verhältnisse auch Atrophie der Gehirnsubstanz mit äusserlichen Folgen hervorgerufen werden, zeigt deutlich ein von Ziemssen bei einem Kinde beobachteter Fall. Die Gehirnsubstanz war in meinen Fällen deutlich blutig punktirt, im ersten kurz verlaufenden Falle noch serös durchtränkt, im zweiten Falle von mehr trockener Schnittfläche. Ecchymosen, häufige zellige Infiltrationen der Gehirnsubstanz mit Uebergang in Eiterung finden wir bei Strümpell erwähnt.

Das Rückenmark verhält sich im Grossen und Ganzen ähnlich dem Gehirn. In einem von Fronmüller in Fürth beobachteten Falle war z. B. der Cervicalcanal erweitert und mit Eiter angefüllt.

Die Erscheinungen seitens der anderen Organe werden als ziemlich inconstant angegeben. Die Lungen zeigen oft lobuläre und lobäre Pneumonien, Pleura und Pericard mitunter Ecchymosen. Ob diese als primäre oder secundäre Erscheinungen anzusehen sind, ist noch unentschieden. Die Milz zeigt zumeist keine auffallende Vergrösserung. Eine leichte Schwellung, etwas Blutreichthum, in den meisten Fällen aber ihre nicht über das Normale hinausgehende Ausdehnung bieten für die Differentialdiagnose einen werthvollen Anhaltspunkt. Dieses Verhalten ist uns darum von besonderer Wichtigkeit, weil es uns mit anderen Erscheinungen zusammen die Differentialdiagnose von Typhus abdominal. gestattet. Die gefundenen Spaltpilze liegen in Ketten von 6, seltener 8 Coccen von lancettlich gestreckter Form.

Im Ganzen ist die Diagnose der Meningitis cerebro-spinal. leicht, zumal bei Epidemien. Anderseits können aber auch Verhältnisse eintreten, wo die Constatirung eine schwierige Aufgabe für den Arzt bildet. Die Differentialdiagnose von sporadischer Meningitis liegt ja schon in ihrem epidemischen Auftreten.

Bei Meningitis tuberculos. kann allerdings eine Täuschung möglich sein, um so mehr dann, wenn die Anamnese fehlt. Hier dürfte aber eine genaue Untersuchung der einzelnen Organe, der Augenspiegel, wenn auch nicht in allen Fällen, und der zumeist schleppende Verlauf der tuberculösen Meningitis für die Diagnose ausschlaggebend sein.

Verwechslungen mit Typhus abdom. dürften nicht lange dauern. Dio Milzschwellung, die Diarrhöe, die typische Fiebercurve einerseits, auf der anderen Seite die Hirn- und Spinalerscheinungen, das atypische Verhalten des Fiebers, das Verhalten des Pulses, das Fehlen der Milzvergrösserung, Kernig'sches Symptom, constante Obstipation werden meist die Diagnose sicher stellen.

Der bereits oben erwähnte Fall in Hofstetten, in dem das Kind später dem Scharlach mit Cerebrospinalmeng. recrudesc. erlag, bot auch wegen seiner Eigenthümlichkeit einige diagnostische Schwierigkeiten, auf die ich kurz noch hinweisen möchte. Dieses Kind war der erste Erkrankungsfall in Hofstetten. Ich erhob anamnestisch von den Eltern, dass das Kind seit 3 Tagen unwohl sei, keine Nahrung zu sich nehme, mitunter sich sehr unruhig hin und her werfe, Stuhl angehalten, hie und da etwas Erbrechen, seit heute sei nun der Hals steif. Weitere Angaben wurden nicht gemacht.

Die Untersuchung ergibt kleine Pupillenabweichung, leichten Torticollis nach rechts, besonders ausser Bette. Opisthotonus nicht beobachtet. 96 Pulse, 38° C. Temperatur. Keine Pneumonie, überhaupt Lungen frei. Alle anderen Organe normal. Am nächsten Tage war ziemlich Alles verschwunden. Ich stellte dieserhalb die Diagnose auf Torticoll. rheumat. Die eingetretene Besserung hielt durch 3 Tage an. Nach diesen 3 Tagen wiederholtes Erbrechen, Frost und Hitze, reichliche Transsudation. Bei der Befundaufnahme leichtes Fieber, erhöhter Puls, Leib nicht eingesunken, weich, nicht schmerzhaft, kein besonderer Kopfschmerz, keine Gehirn- und Rückenmarkserscheinungen. Am nächsten Tage heftigereKopfschmerz und ihm folgend Genickstarre. Somit lag jetzt, am 7. Tage, die Diagnose klar. Diese Pause trat von da ab noch 3mal im Verlaufe des Leidens ein, ohne dass aber eine bestimmte Congruenz zwischen den einzelnen Anfällen oder Pausen herrschte. Sie machten also kaum den Eindruck, wie man ihn von einer quartana oder tertiana empfängt.

Kaum wird man mir die erstgestellte Diagnose verargen, zumal es sich hier um den ersten Erkrankungsfall handelte, und doch zeigen solche Fälle zur Genüge, wie man oft mit dem besten Willen einer momentanen Täuschung nicht zu entgehen vermag.

Anlangend die Therapie will ich mich in meinem ohnedies länger gewordenen Vortrage kurz fassen, um so mehr als bei der oben erwähnten Aetiologie der Erkrankung viele althergebrachte therapeutische Maassnahmen ohnehin fallen müssen.

Zuvörderst wird in allen Fällen die Entzündung zu berücksichtigen sein und ihr gehört die Antiphlogose. Eis war das Hauptmittel, das ich in Anwendung zog und zwar in Form der Eiskappe. Von Ohr zu Ohr bis tief in den Nacken und bis zu den Augenbrauenbogen reichend wurde es aufgelegt. Die übrigen Antifebrilia per os hatten kaum einen nennenswerthen Erfolg, insbesondere sah ich von grossen Chinindosen bald wieder ab wegen ihrer mehr nachtheiligen Einflüsse, wie sie a priori zu erwarten waren. Ein gleiches Verhalten zeigte Salicylsäure. Uebrigens verbieten sie sich in vielen Fällen dadurch, dass sie nicht mehr geschluckt werden. In der letzten Zeit ist von v. Ziemssen das benzoësaure Natron mit der dringenden Aufforderung zu weiteren Versuchen empfohlen worden. Zur Zeit meiner Epidemie war mir dies jedoch noch nicht bekannt, und sind dieserhalb Versuche dieses Mittels unterblieben. Ich will jedoch mit Rücksicht darauf, dass bei dieser unangenehmen Erkrankung dem Arzte jede Angabe willkommen ist und ich sie Ihnen, meine Herren, als die Angabe eines unserer gewiegtesten deutschen Kliniker darbieten kann, nicht verfehlen, darauf aufmerksam zu machen.

Der Harnentleerung ist die grösste Sorgfalt zu widmen, wie dies aus früher Gesagtem schon hervorgeht, Katheter und Blasendesinfection, eventuell bei Lähmung Urinale zur Reinhaltung der Kranken und Vermeidung des Decubitus sind nothwendig.

Der bei diesem Leiden fast immer auftretenden Stuhlverstopfung begegnet man am besten mit leicht wirkenden Purgantien: Infus. Senn. compos., etwas Ol. Ricin. eventuell in Bierschaum und den rasch wirkenden Bitterwässern, z. B. Hunyady u. dgl.

Bei allzugrosser Schmerzhaftigkeit empfiehlt sich eine und die andere Subcutaninjection von Morphium und habe ich von derselben wiederholt auffallende Erleichterung der Erscheinungen eintreten gesehen.

Und so wäre ich denn zum Schlusse unserer Erörterungen gelangt und bitte Sie mir die Inanspruchnahme Ihrer Aufmerksamkeit mit dem Gedanken zu entschuldigen, dass das in der letzten Zeit sich wiederholende häufigere Auftreten der Cerebrospinalmeningitis an verschiedenen Punkten unseres Vaterlandes dem Einen oder Anderen von Ihnen Gelegenheit zu eigenen Beobachtungen bieten dürfte und in dem Gesagten ein kleiner Fingerzeig für die sichere Erkennung der Affection gesehen werden wolle.

Feuilleton.

Frans Cornelis Donders

(geb. am 27. Mai 1818 zu Tilburg, gest. am 24. März 1889 zu Utrecht).

Mit dem am 24. März dieses Jahres verstorbenen Nestor der Heidelberger Ophthalmologischen Gesellschaft hat dieselbe wiederum einen sehr schweren Verlust erlitten. Das grosse Jahr in der deutschen Geschichte entriss uns Albrecht v. Graefe. An der Wende des Jahres 1886 traf uns die schmerzliche

Kunde von dem Ableben Friedrich Horner's. Wenige Monate später endete ein ruhiger Tod das mit grosser Geduld ertragene lange Krankenlager des allseitig verehrten und geliebten Wiener Altmeisters, und nun hat auch der Letzte des Dreigestirns der neuen Aera — wie Otto Becker's beredter Mund Graefe, Arlt und Donders treffend zu kennzeichnen pflegte — von uns auf immer Abschied genommen.

(Nach einem Holzschnitt der Leipziger Illustrirten Zeitung.)

Noch steht in unser Aller lebhafter Erinnerung die letzte Thätigkeit des Entschlafenen auf dem internationalen ophthalmologischen Congresse zu Heidelberg. Mit bewunderungswürdiger Gewandtheit, Ruhe und Ausdauer leitete er, ein Siebenziger, die mehrtägigen Verhandlungen gleich einem in bester Vollkraft stehenden Manne. Schon wenige Wochen darnach indess wurde er, dem, ein Bild wahrhaft männlicher Schönheit und körperlich-geistiger Elasticität, noch eine längere Wirksamkeit beschieden zu sein schien, von einem schweren Leiden ergriffen, dem er nach längerem Siechthum erliegen sollte.

Es möge der Feder eines Berufeneren vorbehalten bleiben, die grossartigen wissenschaftlichen Verdienste Donders' der Mit- und Nachwelt in erschöpfender und entsprechender Darstellung in Erinnerung zu bringen. Das kann uns aber nicht abhalten, die bedeutende Persönlichkeit des Dahingeschiedenen auch dem Leserkreise dieser Wochenschrift, wenigstens in den Hauptzügen, näher zu bringen, und damit auch unsererseits in bescheidener Weise dem Danke, welchen die Wissenschaft und der ärztliche Stand den Leistungen des niederländischen Physiologen und Ophthalmologen schuldet, Ausdruck zu verleihen.

Geboren am 27. Mai 1818 zu Tilburg in Noord Braband als Sohn eines Kaufmanns, besuchte er nach Absolvirung der Volksschule vom 13. — 17. Jahre die Klosterschule in Boxmeer. Mit der Pflege der naturwissenschaftlichen Disciplinen und der Mathematik war es in Boxmeer nicht sonderlich bestellt. Der Schwerpunkt des Unterrichts lag vielmehr in dem Studium der classischen Fächer, insbesondere in dem der lateinischen Sprache. Donders selbst pflegte diesen Umstand mit Nachdruck zu rühmen und wir gehen nicht fehl mit der Annahme, dass die formvollendete Handhabung der verschiedenen Sprachen — er bediente sich auf den Congressen (und auch in der literarischen Thätigkeit), in Vorträgen und Discussionen der deutschen, französischen und englischen Sprache mit gleicher Gewandtheit — nicht allein auf die für die Erlernung dieser drei Cultursprachen günstigen Lage seines Heimathlandes, sondern auch auf den gymnasialen Unterricht zurückzuführen sein dürfte.

Schon mit 17 Jahren bezog Donders als Zögling des grossen Reichshospitals für Militär-Medicin die Universität zu Utrecht. Hier war es der Physiker Moll, der dem Schüler das lebhafteste Interesse für Naturwissenschaften einflösste und ihm die Wege gründlicher Forschung zeigte.

Nach allen Richtungen sorgfältigst durchgebildet, wurde Donders 1840 an der Universität Leyden zum Doctor promovirt auf Grund einer Arbeit (Diss. in. sistens observat. anatomico-patholog. de centro nervos.), von der sein Freund Moleschott den bemerkenswerthen Ausspruch thut: »Die anatomischen Bemerkungen sind so richtig, die physiologischen Betrachtungen so umfassend, dass die Abhandlung noch heute jeder medicinischen Zeitschrift zur Zierde gereichen würde«.

Nach einer zweijährigen Periode militärärztlicher Thätigkeit in Vlissingen und in Haag, in welcher bei dem bis dahin still und zurückgezogen lebenden jungen Manne auch die feineren menschlichen und gesellschaftlichen Interessen zur Entwicklung und Bethätigung gelangten, kehrte Donders nach Utrecht zurück, um hinfort mit dieser Hauptstätte seines geistigen Werdens auf immer verknüpft zu bleiben. Anfangs als Lector anatomiae et physiologiae an dem Institute, dem er selbst als Zögling angehört, thätig und in dieser Zeit sich eifrigst betheiligend an den physiologisch-chemischen Untersuchungen Mulder's, wurde er 1848 zum Extraordinarius für Anatomie und Physiologie an der Universität ernannt. Eine bedeutsame Anerkennung des jungen Gelehrten, wenn man bedenkt, dass es sich bei dieser Beförderung nicht um die Besetzung eines freigewordenen Lehrstuhls handelte! Aber auf welche Leistungen konnte der damals eben erst Dreissigjährige auch schon zurückblicken! Unter Mulders weit voranschauender Führung entstand die 1845 in Druck erschienene Arbeit: »Blik op de stofwisseling als bron der eigenwarme van planten en deeren«. Die Ergebnisse seiner mikroskopischen und mikrochemischen Untersuchungen der thierischen Gewebe, die angeregt waren durch die Entdeckungen Schleiden's und Schwann's und durch das grosse Werk von Henle, hatte Donders niedergelegt in den »Holländischen Beiträgen«, die er im Vereine mit van Deen und Moleschott herausgab. In dieser Periode entstanden ferner schon die ersten Abhandlungen ophthalmologischen Inhaltes: De bewegingen van het menschelyk oog; Ueber die Bestimmungen des Sitzes der Mouches volantes; De anwending van prismatische brillenglazen tot genezing van scheelzien; Ueber den Zusammenhang zwischen dem Convergiren der Sehaxen und dem Accommodationszustande der Augen; Die Untersuchungen über die Regeneration der Hornhaut.

Mit Alledem sich nicht genugthuend, wurde er der Gründer des »Nederlandsch Lancet«, welches er mit Ellermann und Jansen, seinen Collegen an dem Militär-Institute, leitete und mit zahllosen eigenen Mittheilungen unterstützte. Und wie gewaltig wird unsere Hochachtung vor diesen Leistungen noch gesteigert, wenn wir hören, welch' einfacher Untersuchungsmittel Donders sich bediente. »Ein rothes Band«, erzählt uns Moleschott, »war der ganze Apparat, mit welchem Donders im Jahre 1845 in einem Zimmer ohne Möbel, seine Untersuchungen über die Drehung des Auges vornahm«. — »Bei unserm einfachen Nachtmahle sass er mit seinem durchlöcherten Kärtchen gegenüber der Lampe und folgte dem Schatten der auf oder in dem Auge vorhandenen oder häufig sich bewegenden Körperchen und erforschte die sogenannten entoptischen Erscheinungen. Ein Band, ein kleiner Spiegel, eine Spielkarte, ein Mikroskop, das waren die Schätze seines Laboratoriums.«

Im Jahre 1852 zum Ordinarius befördert, wandte sich Donders vornehmlich der Ophthalmologie zu und übte in den folgenden 10 Jahren auch augenärztliche Praxis aus. In diese Zeit fällt auch die erste persönliche Berührung mit A. v. Graefe in London. Ueber die sich hieran anschliessenden denkwürdigen Tage gemeinsamer Arbeit in Moorefields Hospital liegt uns eine Mittheilung von Donders vor, welche ein lebendiges Zeugniss

ablegt nicht minder von der Bescheidenheit, mit der er sein eigenes Können beurtheilte, als auch von der warmen Empfindung in Bezug auf die rein menschlichen Seiten des Lebens. »v. Graefe«, sagt er, »war mein Führer auf praktischem Gebiete, auf dem ich noch wenig bewandert war, und ich wiederum konnte ihm mancherlei von physiologischer Seite zubringen. In dieser gegenseitigen Ergänzung lag für uns Beide ein grosser Reiz. Diese Tage, in denen Graefe die ganze Liebenswürdigkeit seiner feinen Natur entfaltete, gehören zu den schönsten Erinnerungen meines Lebens. Als ich ihn nach einigen Wochen verliess, war er mir wie ein jüngerer Bruder geworden, den ich bewunderte und liebte«.

Wie in den meisten andern Ländern, so war auch in Holland die Augenheilkunde fast durchwegs nur als ein Anhängsel der Chirurgie betrieben worden. Eigentliche Augenheil-Anstalten waren bis dahin überhaupt nur äusserst spärlich vorhanden. Die Erlangung einer eigenen auf Staatskosten erbauten Klinik würde voraussichtlich — man denke nur daran, dass noch vor wenigen Jahren an den Hochschulen unseres engeren Vaterlandes Universitäts-Augenkliniken nicht vorhanden waren — erst nach jahrelangem Warten und Harren erwirkt worden sein. Darum verfiel der praktische Niederländer auf den Gedanken, die Gründung einer Augenheilanstalt durch einen Aufruf an seine Landsleute um Beisteuerung der nöthigen Mittel zu bewerkstelligen. Und wie schnell fand diese in erster Linie aus menschenfreundlicher Gesinnung hervorgegangene Idee eine Erfüllung! In wenigen Monaten schon waren die zur Ausführung des Planes nöthigen Summen aufgebracht und schon im Jahre 1858 konnte das »Nederlandsche Gasthuis voor Oogligders« eröffnet und in demselben ein klinischer Unterricht ertheilt werden. Die reichliche Ausstattung der neuen Anstalt mit allen Hilfsmitteln für Forschungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie und pathologischen Anatomie des Auges machte dasselbe zu einer internationalen Pflegestätte für wissenschaftliche Arbeiten der verschiedensten Art. Die meisten unserer bedeutenderen Ophthalmologen sind dort kürzere oder längere Zeit gewesen und haben durch den Leiter des Institutes mannigfache und vielseitige Anregung zu eigenen Forschungen empfangen.

Ungeachtet der ausgedehnten Praxis war Donders auch in dieser Periode unermüdlich thätig auf dem literarischen Gebiete. Neben zahlreichen Beiträgen in dem von ihm in Gemeinschaft mit Arlt und Graefe herausgegebenen Archiv für Ophthalmologie, in dem ned. Lancet, in Joh. Müller's Archiv für Anatomie und Physiologie, in dem Archiv für holländische Beiträge u. s. w. schrieb er ein Lehrbuch der Physiologie des Menschen, das gleich nach seinem Erscheinen in's Deutsche übersetzt wurde und das angesichts der gleichmässigen und mustergiltigen Behandlung des Stoffes auf einen allgemeineren Leserkreis hätte rechnen dürfen, wenn Donders Musse zur Vollendung des Werkes gefunden hätte.

Um so durchschlagender war der Erfolg des 1864 erschienenen Werkes über die Anomalien der Refraction und Accommodation des Auges, zu dessen Abfassung Donders durch einen Antrag der »Sydenham Society« veranlasst wurde. »Eine Ehre«, schreibt Moleschott, »die nur den ausgezeichneten und nützlichen Büchern zu Theil wird.« Alsbald ins Deutsche, Französische und Italienische, Spanische und Russische übertragen, darf es mit vollem Rechte nicht nur als das bedeutendste literarische Denkmal, das sich der Verfasser selbst gesetzt, sondern auch als die hervorragendste Leistung dieses Jahrhunderts auf dem practischen Gebiete der physiologischen Optik betrachtet werden.

Die Bedeutung gerade dieses Werkes für die Praxis hat Donders in der ihm eigenen klaren Weise so bündig und zutreffend dargelegt, dass ich es mir nicht versagen kann, den darauf bezüglichen Abschnitt aus der Vorrede zu wiederholen:

»Die Wissenschaft feiert hier ihren Triumph; denn an ihrer Hand hat dieser Zweig der practischen Medicin jenen exacten Charakter angenommen, welcher ihn auch der Aufmerksamkeit der Physiker und Physiologen werth macht. In der That gewährt es eine nicht geringe Befriedigung, zu sehen, wie durch die scharfe Unterscheidung zwischen den Anomalien der Refraction und denen der Accommodation, mit Ausschluss jedes anderen diesen Anomalien fremden Zustandes, das System wie von selbst eine elegante Einfachheit angenommen, und wie sich dadurch über den Ursprung und die Genesis vieler bisher dunkler Krankheitsformen helles Licht verbreitet hat.

Die Praxis hat hier im Verein mit der Wissenschaft die seltene aber glänzende Genugthuung erlebt, nicht nur untrügliche, auf feste Regeln gegründete Vorschriften geben zu können, sondern auch von einer klaren Einsicht in die Gründe ihres Handelns geleitet zu werden, — Versuche, die um so höher zu schätzen sind, als die in Frage stehenden Anomalien häufig vorkommen und den Gebrauch und die Functionen der Augen so nahe berühren.«

Nach dem Tode von Schroeder van der Kolk im Jahre 1862 kehrte Donders wieder zu dem Gebiete der Lehrthätigkeit zurück, von dem er ausgegangen war. 1866 wurde das nach seinen Angaben eingerichtete neue physiologische Laboratorium der Universität eröffnet und hier entstanden nun wieder zahlreiche physiologische Arbeiten nicht-ophthalmologischen Inhaltes. Ich hebe aus denselben nur hervor die Monographie über die Klangfarbe der Vocale, die Schnelligkeit physischer Processe, over de innervatie van het hart in verband met die der adembeweging.

Aber der Augenheilkunde wurde er damit nicht untreu. Noch bis zum Jahre 1873 widmete er sich der Leitung der klinischen Anstalt, um sie dann seinem Freunde und Schüler Hermann Snellen zu übertragen, und noch bis in die letzten Lebensjahre war er nicht nur dem Namen nach Mitarbeiter am Archiv für Ophthalmologie.

Mit Vollendung seines 70. Lebensjahres am 27. Mai 1888 trat Donders nach Bestimmung der niederländischen Gesetze von seiner Lehrthätigkeit zurück. Die Betheiligung an der Begehung dieses Tages gestaltete sich, wie der officielle Vertreter der ophthalmologischen Gesellschaft berichtet, zu einer die Landesgrenzen weit überschreitenden Ovation.

Aber noch einmal sollte der Gefeierte der Mittelpunkt einer noch grossartigeren Huldigung werden. Dem Utrechter Ehrentage folgte die Heidelberger Augustwoche, in der die Deutsche ophthalmologische Gesellschaft die 25jährige Wiederkehr ihres Gründungstages durch einen internationalen Congress festlich beging und bei dieser Gelegenheit durch Eduard Meyer's zündende und in den Herzen aller Congresstheilnehmer begeisternden Widerhall findende Worte nochmals den Gefühlen unwandelbarer Dankbarkeit gegen ihren Präsidenten den wärmsten vom Herzen kommenden und zum Herzen gehenden Ausdruck verlieh.

Ist auch der Glückwunsch, den unsere Gesellschaft ihm zum Utrechter Feste darbrachte, nicht wörtlich in Erfüllung gegangen — dennoch:

Solange in der Nachwelt für die geschiedenen Geisteshelden dankbare Erinnerung stetig fortlebt, wird auch in künftigen Tagen von Franz Cornelius Donders gelten, was die Tabula gratulatoria der Societas ophthalmologorum ausdrückte mit den Worten:

»Singulis atque universis exoptatissimus
primam sedem tenuit et per multos etiam
dies prospere tenebit.«

Eversbusch.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Zur Behandlung perforirender Bauchwunden.

Von Oberarzt Dr. Schreiber in Augsburg.

(Fortsetzung.)

A. Barker (Brit. med. Journ. 17. III. 88) berichtet über 2 Fälle von Laparotomie wegen Schussverletzung, von denen einer erfolgreich und bei dem es wohl keinem Zweifel unterliegt, dass, wenn die Laparotomie nicht ausgeführt resp. Kugel und Propf mit den umgebenden Blutgerinnseln nicht entfernt worden wäre, der Fall lethal verlaufen wäre.

Es handelte sich um einen 23jährigen Goldarbeiter, der sich mit einem Revolver (Projectil 7 mm, 60 g schwer) in's Abdomen geschossen hatte. Die Wunde mit geschwärzten Rändern lag über dem Rand der rechten Rippenknorpel, es bestand kein Erbrechen, aber etwas Dämpfung in der rechten Seite und da diese auf grössere Blutansammlung schliessen liess und wohl eine Leberverletzung vorlag, wurde unter entsprechender Antisepsis $3^1/_4$ Stunden nach der Verletzung die Laparotomie ausgeführt, zunächst nur eine kurze Incision vom Proc. ensiformis nach abwärts gemacht und das Peritoneum eröffnet. An der Leber liess sich entsprechend der Schusswunde keine Verletzung constatiren, nur ihre Oberfläche war mit Blut bedeckt, und ein drittes Gerinnsel lag nach abwärts in der Mittellinie, so dass die Incision nach unten vergrössert wurde; der Magen erwies sich lufthaltig, unverletzt, ebenso das hervorgezogene Colon, aber das Omentum an seinem unteren Rande war stark blutig und mit Coagulis bedeckt, welch' letztere entfernt wurden, wobei sich bei der Reinigung die Kugel und der Propf entfernen liessen. Die Kugel musste die Leber am Ansatz des Lig. falciformis getroffen haben und war an ihr herab zwischen Bauchwand, Magen und Colon herabgefahren. Auch die Dünndarmschlingen wurden sorgfältig untersucht mit Sublimatschwämmen alle Taschen ausgetupft und nach sorgfältiger Reinigung und Einlegung eines feinen Drains die Bauchwunde geschlossen, ein comprimirender Salicylwatteverband angelegt, Morphium gegeben. Einige Tage wurde der Patient nur per rectum genährt, die Temperatur war zuerst fieberhaft (Puls 100), aber nach 24 Stunden wurde Patient ruhiger und die Heilung erfolgte ungestört, sodass derselbe am 21. Tag das Spital verliess.

Im 2. Fall war vielleicht die antiseptische Reinigung nicht genügend, sodass zurückgebliebenes septisches Material die Peritonitis veranlasste.

Es handelte sich um einen 37jährigen Amerikaner, der einen Revolverschuss (9 mm) in den Bauch erhalten hatte und zwar aus sehr geringer Entfernung. Kugeleintritt $3^1/_4$" nach innen von der rechten Spina ant. sup. d., Ausgangsöffnung 3" hinter der Spin. ant. sup. d., sodass es wahrscheinlich erschien, dass der Kugelverlauf das Peritoneum überhaupt nicht eröffnet hatte. Nach genügender Erweiterung wurde die Wunde untersucht und mittelst Sonde die Eröffnung des Peritoneums constatirt. Die sofort vorgeschlagene Laparotomie könnte erst etwa 5 Stunden danach ausgeführt werden, und zwar direct über der Schusswunde längs der Obliquusfasern; es entleerte sich etwa 3—4 ℥ Blut ohne Fäcalgeruch. Die Perforationen des Peritoneum liessen sich gut übersehen, und an einer offenbar gegenüberliegenden leeren Dünndarmschlinge fanden sich zwei Löcher. Da Barker durch einfaches Vernähen den Darm zu sehr zu verengern fürchtete, resecirte er sofort ein keilförmiges Stück und vernähte durch zwei Nahtreihen. Nachdem die weitere Untersuchung keine weitere Verletzung erkennen liess, wurde mit Sublimatlösung die operirte Darmpartie abgewaschen, das Peritoneum gereinigt, die Darmschlingen reponirt und nach Einlegung eines Drains ein Salicylwatteverband angelegt. Der 1. Tag war gut, aber bald stellte sich Fieber, zeitweises Erbrechen ein, trotz mangelnden Meteorismus und Medication von Morphium und scheinbarer Besserung am 3. Tag, wurde das Erbrochene allmählich fäculent. Der Tod erfolgte am 6. Tag; die Section ergab ausgebreitete Peritonitis, der vernähte Darm war in vollkommen gutem Zustand, die Nähte schlossen vollkommen ab.

Barker ist durch beide Fälle in seiner Ueberzeugung, dass in derartigen Fällen die Operation sofort auszuführen sei, bestärkt worden; in weitaus der Mehrzahl der Fälle wird die Laparotomie sich in der Medianlinie empfehlen.

Obgleich Barker's Mittheilung nur einige Monate nach der classischen Arbeit von MacCormac erscheint, kann derselbe doch schon die Laparotomie-Statistik MacCormac's fast um das Doppelte der Fälle aus der neueren Literatur vergrössern. Jahr um Jahr lässt sich eine geringere Mortalität derselben constatiren. Barker registrirt die Fälle in derselben klaren Weise wie MacCormac nach Alter, verstrichener Zeit, Symptomen, Art der Verletzung, Behandlung, Resultat, sodass somit 58 operativ behandelte Schussverletzungen des Abdomens vorliegen, von denen 23 genasen und 35 starben und es ist von Bedeutung, dass die neueren von Barker gesammelten 26 Fälle 16 Heilungen aufweisen, während die von MacCormac zusammengestellten 32 nur 7 Heilungen darboten.

Manley-New York berichtet über einen Fall von Schusswunde des Epigastriums, bei dem sich 2 Stunden nach der Verletzung bedeutende Flüssigkeitsansammlung constatiren liess, trotz genauer Sondirung liess sich die Eintrittsstelle der Kugel in's Abdomen nicht finden. Bei medianer Laparotomie entleerte sich eine grosse Blutmenge (etwa $^1/_2$ Gallone). Dieselbe war durch die Verletzung eines Astes der Mesenterica inf. bedingt, welcher unterbunden wurde. Eine doppelte Perforation fand sich im absteigenden Colon und wurde durch Lembert'sche Nähte geschlossen. Die Kugel wurde nicht gefunden, nach entsprechender Reinigung die Bauchhöhle geschlossen. Da die Wunde des Leibes sich nicht vereinigt, wurde sie nochmals vernäht. Patient genas vollständig. —

Shock contraindicirt die Laparotomie, nur Zeichen von Blutung geben auch dabei die Indication. Die Wunde sollte nicht länger gemacht werden als nöthig und ist die Anlegung derselben in der Mittelinie vorzuziehen.

Carson berichtete schon 1887 in der Am. med. assoc. (vol. IX Nr. 19) über die Erfolge der Behandlung penetrirender Bauchverletzungen und sammelte 44 Fälle von mit Laparotomie behandelten Bauchschüssen und 28 Fälle von Unterleibsstichverletzungen, von welchen 13 bezw. 16 genasen.

Aus dem deutschen Hospital in New York berichtete Lange einen interessanten Fall von erfolgreicher Laparotomie wegen Bauchschuss (N. Y. med. journ. vol. XLII Nr. 22) bei einem 14jährigen Knaben, der sich mit einem kleinen Revolver beim Spiel in den Bauch geschossen. 7 Perforationsöffnungen im Darm wurden mit Ausnahme einer, die schon geschlossen erschien, vernäht, eine Unze braunrother Flüssigkeit floss bei der Eröffnung ab.

Formad berichtete in der Philad. pathol. soc. am 22. September 1887 über einen Fall von Laparotomie wegen Bauchstichwunde und Darmnaht, nach der der betreffende Patient 60 Stunden später plötzlich starb. Die Darmwunde war fest vereinigt und da der Befund im Abdomen keine Todesursache ergab, wurde der Schädel geöffnet und ein deutlicher Embolus an der Basis des vierten Ventrikels gefunden.

J. Warren (N. Y. med. journ. vol. XLII p. 325) berichtete über eine mit Laparotomie und Darmnaht (5 Wunden des Dünndarmes, 2 des Mesentericums) behandelte Bauchschusswunde, bei der schon Peritonitis eingetreten war und die Operation unter den ungünstigsten äusseren Umständen vorgenommen werden musste; der Fall verlief schon nach 14 Stunden lethal. —

Als eine Methode, die in manchen Fällen diagnostische Anhaltspunkte geben kann, betont Mackie-Milwaukee (ref. Centralbl. f. Chir. 1888 p. 972) die Injection von Wasserstoffgas ins Rectum. Dieselbe wurde von Mackie in einem Falle von Bauchschuss angewandt, das Gas strömte erst bei Druck auf den aufgetriebenen Banch aus der Wunde aus. »Bei der Laparotomie liess der Umstand, dass der ganze Darm stark aufgebläht war, mit Ausnahme des obersten Theiles des Dünndarmes, die Stelle der Verletzung leicht finden. Im oberen Theile des Dünndarmes und im Magen je zwei Oeffnungen, die durch die Naht geschlossen wurden.« Ausserdem Wunden des Mesocolon und Mesenterium. Tod nach 34 Stunden an septischer Peritonitis. Die Section ergab keine weiteren Verletzungen des Intestinaltractus, aber noch Zerreissung des Schwanzes des Pancreas und blutige Infiltration in der Umgebung der linken Niere. — (Fortsetzung folgt.)

Vereinswesen.

XVII. Deutscher Aerztetag in Braunschweig

(Originalbericht von Dr. L. Stumpf, k. Centralimpfarzt.)

Am 24. Juni Vormittags 8 Uhr wurde in Braunschweig im Saale des Landschaftsgebäudes der XVII. deutsche Aerztetag von dem Vorsitzenden des Geschäftsausschusses, geh. Sanitätsrath Dr. Graf-Elberfeld, mit einer Ansprache eröffnet.

Es waren zu den Verhandlungen 84 Delegirte erschienen, welche 139 ärztliche Vereine mit 9590 Stimmen vertraten.

In seiner Eröffnungsrede wies der Vorsitzende darauf hin, dass Braunschweig bereits seit 1865 im Besitze einer ärztlichen Standesvertretung sei, wie sie von den Aerzten für das ganze Reich angestrebt werde, und gedachte mit ehrenden Worten eines treuen Mitarbeiters, des zu früh verstorbenen Braunschweiger-Collegen Friedrich Reck. Der Redner beklagte, dass der Aerztetag nicht unter erfreulichen Eindrücken zusammentrete, da das Schreiben des Reichskanzlers vom 3. Mai lfd. J. geeignet sei, Entmuthigung und Missbehagen in den Reihen der Aerzte hervorzurufen, und berührte die Punkte, in welchen die deutschen Aerzte mit den in diesem Schreiben ausgesprochenen Sätzen nicht übereinstimmen könnten. Als die hauptsächlichsten Beschwerdepunkte bezeichnete er den Mangel einer bei Schaffung der Gewerbeordnung als selbstverständlich in Aussicht genommenen organischen Medicinalgesetzgebung sowie die Verkümmerung der wenigen durch die Gewerbeordnung den Aerzten vorbehaltenen Rechte und bewies schlagend, warum die Landesgesetzgebung hier nicht wirksam genug einzugreifen im Stande wäre, auf welche das Schreiben des Reichskanzlers verwiesen hatte. Der Redner gab der Ueberzeugung Ausdruck, dass der deutsche Aerztetag im Interesse des Reichsgedankens, der Zusammengehörigkeit der deutschen Aerzte und eines einheitlichen Rechtes für dieselben, wobei die Verwaltung des Medicinalwesens nach wie vor Sache der Einzelstaaten bleiben sollte, sich mit der Aussicht auf diese Hilfe durch Landesgesetze nie und nimmer für befriedigt erklären könnte.

Mit der Ermahnung, angesichts der Sachlage doppeltes Gewicht auf die Selbsthilfe zu legen und muthig und einig die Ziele zu verfolgen, in denen der ärztliche Stand sein Heil erblicken muss, schloss der Redner und erklärte den XVII. deutschen Aerztetag für eröffnet.

Im Namen des herzoglich braunschweigischen Ministeriums nahm hierauf der wirkliche Geheimrath Hartwich das Wort, um die Versammlung durch eine mit grossem Beifall aufgenommene Ansprache zu begrüssen.

Die eingelaufene Einladung an den Aerztevereinsbund, in das vorbereitende Comité des X. internationalen medicinischen Congresses zu Berlin einen Vertreter abzuordnen, wurde von der Versammlung angenommen, und der Vorsitzende Dr. Graf hiemit betraut mit dem Rechte, sich im Verhinderungsfalle vertreten zu lassen.

Ein Schreiben Dr. Brauser's, welcher zum allgemeinen Bedauern mit Rücksicht auf sein derzeitiges Befinden die eventuelle Wiederwahl dankend ablehnte, veranlasste Aub-München, an die Versammlung die Bitte zu stellen, durch Wiederwahl des verdienten Mannes Zeugniss zu geben, dass man des bewährten Rathes desselben nicht entbehren wolle, was allgemeine Zustimmung fand.

Hierauf wurde der Kassenbericht Dr. Hüllmann's-Halle entgegengenommen, und, nachdem die Revisoren die Rechnungen geprüft hatten, demselben Anerkennung ertheilt.

In dem Berichte, den Sanitätsrath Wallichs-Altona über das ärztliche Vereinsblatt erstattete, wurden in der daraus entstehenden Discussion wieder die alten einander entgegengesetzten Mejnungen laut, indem die Einen den wissenschaftlichen Artikeln einen grösseren Raum in dem Organe des Aerztevereinsblattes gewahrt wissen wollten, während Andere diesem Wunsche widersprachen. In der Mitte zwischen diesen beiden Ansichten stand der Wunsch, die wissenschaftlichen Beiträge nicht principiell auszuschliessen (Aub-München).

Zu der Frage des Geschäftsausschusses, ob das Blatt künftig in erweiterter Form erscheinen sollte, z. B. zweimal in jedem Monate, wodurch freilich die Kosten sich steigern müssten und zwar um etwa 25 Proc., äusserte sich zunächst Hadlich-Pankow; derselbe glaubte, dass durch Fortlassung der »Bücherschau« nicht unbeträchtlich Raum für andere passende Artikel gewonnen würde, während Busch-Crefeld den Vorschlag machte, dass das Organ des Aerztevereinsbundes bei geeigneter Gelegenheit auch die Polemik mit der politischen Tagespresse aufnehmen sollte. Bei aller Verschiedenheit der Ansichten waren alle Redner einig in der Anerkennung der grossen Verdienste des Geschäftsführers; auch wurde Einverständniss erzielt in dem Vorschlage, sich innerhalb der Bezirksvereine über die in den angeregten Fragen herrschenden Meinungen vorerst zu informiren. Eine Abstimmung konnte unter den gegebenen Umständen über diesen Gegenstand nicht stattfinden.

Von den beiden zur Berathung über das ärztliche Vereinsblatt eingelaufenen Anträgen Dr. Solger's-Berlin, das Wort »Delegirte« durch »Abgeordnete« zu ersetzen sowie das Blatt mit deutschen Lettern zu drucken, fand der erstere Unterstützung und Annahme.

Hierauf referirte Becher-Berlin über die von einer Commission vorgeschlagenen Grundsätze einer ärztlichen Standesordnung. Diese Commission, welche in ihrer Schlusssitzung am vorhergehenden Tage sich noch einige Abänderungsvorschläge des Bezirksvereins München angeeignet hatte, schlug der Versammlung folgende Sätze zur Annahme vor:

A. 1) Jede Art öffentlicher Anpreisung, sei es eine von dem Arzt selbst ausgehende, sei es eine durch fremde Personen, sowie fortgesetztes Ankündigen in öffentlichen Blättern, ist zu verwerfen (Vgl. § 2 der Karlsruher Standesordnung und Art. II. § 3 S. 12 des Münchener Codex »Der ärztliche Stand und das Publikum«.).

2) Hierher gehört auch die Bezeichnung als Specialist für gewisse Krankheiten von Seiten solcher Aerzte, die nicht durch besondere wissenschaftliche Ausbildung oder hervorragende Leistungen auf dem betreffenden Gebiete ihr Recht dazu nachweisen können. So lange der Staat nicht etwa auf Grund besonderer Prüfungen ein solches Recht verleiht, haben in zweifelhaften Fällen die Bezirksvereine hierüber zu entscheiden.

3) Das öffentliche Ankündigen unentgeltlicher ärztlicher Behandlung, auch in Gestalt sogenannter Polikliniken, ist unstatthaft. Ebenso ist ein Unterbieten da, wo Verträge mit anderen Aerzten bestehen, sowie einseitiges Abweichen von den Vereinbarungen der ärztlichen Localvereine unerlaubt. Ebenso ist es unzulässig, sich durch Bezahlung oder Darbietung anderer Vortheile gegenüber Hebammen, Heilgehilfen u. s. w. Praxis zu verschaffen. Desgleichen sollen gegenseitige Uebereinkommen zwischen Aerzten und Apothekern zur Erzielung materieller Vortheile als unerlaubt gelten.

4) Das Verordnen und Empfehlen von Geheimmitteln, auch in Gestalt eigener sogenannter Magistralformeln, ist unzulässig.

Jeder von einem Arzte ausgehende Versuch, gleichviel auf welchem Wege, in die Praxis eines Collegen einzudringen, ist unehrenhaft. Namentlich soll der, welcher als Vertreter oder Consilarius thätig gewesen, nicht und keinesfalls ohne ausdrückliche Zustimmung des bisherigen Arztes die Behandlung übernehmen. Der zu einer bestimmten Behandlung zugezogene Specialist darf nur diese zu Ende führen, nicht aber je in die sonstige ärztliche Behandlung eingreifen. (Bezüglich Vertretung und Consilien vergleiche die betreffenden Bestimmungen der Karlsruher und Münchener Standesordnung.)

6) Kein Arzt soll dem Publikum gegenüber Aeusserungen thun, die einen Collegen herabzusetzen geeignet sind.

B. Für Geltendmachung der vorstehend kurz skizzirten Regeln sind überall Ehrengerichte (oder ähnliche Instanzen) einzusetzen, welchen als wirksame Massregel gegen diejenigen Aerzte, die sich den vorausgegangenen Verwarnungen etwa nicht fügen, der Abbruch der Standesverbindung übrig bleibt.

In der Generaldiscussion vertrat Becher-Berlin diese Anträge und führte aus, dass die allgemeinen Motive aus § 3 der Satzungen des deutschen Aerztevereinsbundes zu entnehmen seien, wonach Aufgabe und Zweck der ärztlichen Vereine u. A. För-

derung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst, sowie der Interessen des ärztlichen Standes sei. Die Standesordnungen hätten überhaupt im Princip keine Gegner, es gäbe eine Reihe von ärztlichen Vereinen, welche seit Jahren ganz detaillirte Standesordnungen hätten, so die Bezirksvereine von München, Karlsruhe, Leipzig, Breslau, Nürnberg etc. Aber auch die Vereine ohne geschriebene Standesordnung besässen die Quintessenz davon in der Form eines Ehrengerichtes oder Schiedsgerichtes. Auch die englischen und amerikanischen Aerzte hätten sich bei aller freier Bewegung einen strengen ärztlichen Codex gegeben. Die Frage, ob es eine besondere ärztliche Ehre gäbe, müsse unbedingt bejaht werden. Diese ärztliche Standesehre entspreche genau den besonderen Pflichten des ärztlichen Standes. Der Referent bewies diesen Satz schlagend an Beispielen, die er dem Kaufmanns- und Rechtsanwaltsstande entnahm. Die Aerzte seien trotz der Meinung des Gesetzgebers keine Gewerbetreibende. Die Standesordnung der Rechtsanwälte hätte nur denjenigen wehe gethan, die sich des Standes unwürdig gezeigt hätten. Die Gegner einer geschriebenen Standesordnung setzten sich aus Männern zusammen, welche völlig auf dem Boden der Standesordnung stehen und immer correct handeln, wesshalb sie glaubten, eines geschriebenen Codex nicht zu bedürfen, andererseits aber auch aus solchen, welche sich in der Gewerbeordnung und ohne geschriebene Gesetze so wohl befinden wie der Fisch im Wasser.

Was die einzelnen Thesen beträfe, so sei die erste das ABC der ärztlichen Lebensart. Bei dem Specialistenthume, wie es sich allmählich ausgebildet habe, handle es sich weniger um den Trieb nach Wahrheit als um die Sucht, schnell in bessere Lebensverhältnisse zu kommen. Der Name »Specialist«, der sich vielleicht höchstens durch einen vierwöchentlichen Curs in dieser Disciplin begründen lasse, sei nur ein Aushängeschild, dazu bestimmt, das Publikum zu täuschen. Die grösste Hochachtung müsse man hegen vor den Specialisten im guten und wahren Sinne. Aber was solle man sagen zu denen, die ohne Specialkenntnisse über Nacht zu Specialisten geworden seien?

Dass es solche Specialisten gebe, sei längst bekannt. Der amerikanische Codex gestatte dem Arzte überhaupt nicht, sich »Specialist« zu nennen. Er besage: Auf das Wesen kommt es an, zuerst muss das Publikum kommen. Dieses und nur dieses allein stempelt den Arzt zum Specialisten. Bei der dritten These berührt Redner die unreinen Motive, die den jungen Arzt zur Eröffnung einer »Poliklinik« führen und spricht die Nothwendigkeit aus, diesem Unwesen einen Riegel vorzuschieben. Die übrigen Thesen seien selbstverständlich und bedürften keiner Erläuterung. Sie sollten dem jungen Arzte eine gewisse Directive geben für anständiges, collegialisches Handeln.

Die nothwendige Consequenz seien endlich die Ehren- oder Schiedsgerichte, welche zu versöhnen, zu schlichten, Verwarnungen und Verweise zu ertheilen hätten. In Berlin bestünden diese Ehrengerichte jetzt bereits seit 17 Jahren. Auch dort sei anfangs eine grosse Parthei dagegen gewesen, doch hätten sich alle anfänglichen Befürchtungen als unbegründet erwiesen, und der Widerstand habe sich gelegt. Die Aerzteordnungen seien eine Frucht der Zeit. Es komme ihm weniger darauf an, den Wortlaut aller Thesen angenommen zu sehen, man solle nur den Geist derselben annehmen. Für Leute, welche manchmal straucheln, seien die Thesen ein Wegweiser, für das Gros der deutschen Aerzte ein Bindemittel.

In der Generaldiscussion nahm zuerst Cnyrim-Frankfurt das Wort, um sich dagegen zu erklären. Er führte aus, dass die Thesen nur selbstverständliche Dinge aussprächen. Auch der ärztliche Verein zu Frankfurt hätte Normen aufgestellt, doch hätten diese nie Leben erhalten und seien wieder in den Papierkorb gewandert. Es wären sicher die Thesen von der Commission nicht gemacht worden, wenn das Schreiben des Reichskanzlers früher eingelaufen wäre. Auch sei es gegen die Würde des ärztlichen Standes, der Welt zu verkünden, dass die Verstösse gegen die einfachsten Formen des Anstandes als unstatthaft erklärt werden. Die Thesen 2, 3 und 4 aber seien völlig unannehmbar. Auch Landsberger-Posen sprach gegen einzelne Thesen und sah darin dehnbare Bestimmungen, welche keine Handhabe geben könnten für die Beurtheilung einer Ausschreitung. Jedoch trat der Redner für die Errichtung von Schieds- und Ehrengerichten ein, welche wohl genügten, das unsaubere Gebahren Einzelner zu verurtheilen.

Aub-München trat für die Commissionsvorschläge ein. Er bezeichnete die Meinung Cnyrim's, dass die Mitglieder der Commission anders gearbeitet hätten, wenn das Schreiben des Reichskanzlers früher bekannt gewesen wäre, als total irrig. Die Commission sei nach Erlass dieses Schreibens erst recht zur Ueberzeugung gekommen, dass man zu diesen Vorschlägen berechtigt sei. Sie seien bestimmt, die Lücke, welche bis zum Erscheinen einer Aerzteordnung bestehe, auszufüllen. Sie sollten den Vereinen ein Wegweiser sein für die Errichtung von Standesordnungen. Wenn es überall so gut wäre, dass es solcher nicht bedürfte, dann würden die Gegner der Vorlage mit ihren Gründen im Rechte sein, wenn man aber vor der unleugbaren Thatsache stünde, dass es Aerzte gäbe, die sich über alle Anstandsregeln hinwegsetzen, dann könne man nicht umhin, zuzugeben, dass geschriebene Gesetze geradezu ein Bedürfniss seien. Was die Aussenwelt dazu sage, sei gleichzeitig, und könne auch nicht schlimmer sein, als was sie längst im Munde führe. Bei den Vernünftigen werde es nur Anerkennung und Achtung finden, wenn die Aerzte auf die Wunde hinweisen würden, die sie heilen wollten.

Ferner sprachen in der Generaldiscussion für die Commissionsvorschläge Solger-Berlin, Hankel-Glauchau, Beckh-Nürnberg, Hadlich-Pankow, Freund-Breslau, Samelsohn-Cöln, Wallichs-Altona, Füllen-Neunkirchen, dagegen sprach ausser Cnyrim-Frankfurt noch Lohmann-Hannover.

Nun wurde in die Specialdiscussion eingetreten, und die erste These ohne Debatte mit allen gegen 3 Stimmen angenommen.

Die zweite These rief eine längere und etwas verwickelte Discussion herbei, und trat besonders Cnyrim-Frankfurt als Gegner derselben auf mit der Bemerkung, dass die Bezirksvereine zu einer Entscheidung, ob ein Arzt den Titel »Specialist« mit Recht oder Unrecht führe, nicht competent seien. Grandhomme-Höchst wollte den Abs. 2 der 2. These gestrichen wissen, während Busch-Crefeld den Zusatz beantragte: »wer sich als Specialist bezeichnet, hat auf die Ausübung der allgemeinen Praxis zu verzichten«. Samelsohn-Cöln begründete in längerer Ausführung seine Bedenken gegen die These 2. In die Discussion griffen weiterhin ein Penzoldt-Erlangen, Füllen-Neunkirchen, Stumpf-München, Brähmer-Berlin, Szmula-Zabrze, Hadlich-Pankow und Chalybäus-Dresden, welch' letzterer den Antrag stellte, die 2. These allgemein zu fassen in folgender Weise: »Der Missbrauch der Bezeichnung »Specialist« zu Reclamezwecken ist zu verwerfen.« Nachdem ein Antrag auf Schluss der Debatte angenommen war, wurde der Commissionsantrag, sowie der Zusatzantrag von Busch-Crefeld abgelehnt, dagegen der erwähnte Antrag von Chalybäus-Dresden mit grosser Majorität angenommen.

Nachdem ein von Freund-Breslau eingelaufener Antrag auf en-bloc-Annahme der übrigen Thesen abgelehnt war, trat man in die Berathung der 3. These ein, welche ebenfalls eine lebhafte und eingehende Discussion veranlasste. Zunächst stellte Penzoldt-Erlangen den Begriff »Poliklinik« fest. Mehrere Redner schlugen andere Fassungen der 3. These vor, so Grandhomme-Höchst, Samelsohn-Cöln, Szmula-Zabrze. Ausserdem griffen in die Debatte ein: Hadlich-Pankow, Freund-Breslau, Krabler-Greifswald und Cnyrim-Frankfurt, der sich auch gegen die 3. These wandte und ihre Streichung befürwortete. Aub-München betonte, es sollte das Publikum vor der Täuschung geschützt werden, die vielfach hervorgerufen werde, als ob man es bei allen Polikliniken mit Lehranstalten zu thun habe. Die Bezeichnungen »Klinik« und »Poliklinik« sollten nur den Anstalten zukommen, welche Lehrzwecken dienen, nicht aber den Privatheilanstalten, den Ambulatorien, Sprechstunden etc.

Nachdem ein von Hadlich-Pankow begründeter Schlussantrag die eingehende und lebhafte Discussion beendigt hatte, wurden der Commissionsantrag sowie mehrere Abänderungsvor-

schläge abgelehnt, dagegen die Fassung Szmula-Zabrze, welche lautete:

»Es ist unstatthaft:

1) Die öffentliche Anerbietung unentgeltlicher Krankenbehandlung;

2) das Unterbieten beim Abschluss von Verträgen mit Kranken- und ähnlichen Kassen;

3) die Anerbietung von Vortheilen jeder Art an dritte Personen, um sich dadurch Praxis zu verschaffen«

mit 35 gegen 29 Stimmen angenommen.

Dazu wurde, einem Antrage von Aub-München entsprechend, der declaratorische Zusatz beschlossen:

»Die Bezeichnung »Klinik« und »Poliklinik« kommt nur denjenigen Anstalten zu, welche dem Lehrzwecke der Universitäten dienen«.

Nun wurde der früher abgelehnte Antrag von Freund-Breslau auf en-bloc-Annahme der übrigen Thesen, sowie der Bestimmung in lit. B wieder aufgenommen und fand, nachdem sich auch der Referent hiefür ausgesprochen hatte, trotz des Widerspruchs von Busch-Crefeld und Beckh-Nürnberg, sowie entgegen den Ausführungen von Cnyrim-Frankfurt und Küster-Berlin Annahme seitens der Majorität der Versammlung.

Die Vorschläge von 20 genügend unterstützten Wahlcandidaten, sowie die Wahl des neuen Geschäftsausschusses bildeten den Schluss der Vormittagssitzung.

(Schluss folgt.)

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 19. Juni 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Fürbringer**: Kurzer Bericht über die **Typhusbewegung im Krankenhause Friedrichshain während der letzten Berliner Epidemie.**

Der Beginn der Epidemie ist ungefähr Mitte Januar zu setzen. Im Januar wurden eingeliefert 20, dann 15 in der zweiten Monatshälfte, im Februar 90, im März 50, zusammen 155 in 3 Monaten, eine Zahl, die gleich $^4/_5$ des Jahresdurchschnittes (193) ist. Männer waren 64, Weiber 78, Kinder 13. Es starben 16 Kranke = 10,3 Proc., gegenüber einer Durchschnittsmortalität von 17,3 Proc. der Anstalt.

Dies Resultat ist ausserordentlich günstig zu nennen, weil das Krankenmaterial des Friedrichshains ein ausserordentlich ungünstiges ist. Es ist wohl die überhaupt erreichbare Minimalzahl. Von den Männern speciell starben 12 Proc., von den Weibern nur 8 Proc., ein Unterschied, der wohl auf das in Berlin erschreckend zunehmende Potatorium zurückzuführen ist. Von den Kindern starben 15,5 Proc. Fürbringer hat in Berlin mit Henoch gelernt den »harmlosen« Kindertyphus zu fürchten. Die folgende Tabelle mag eine Uebersicht geben:

Alter:	Krankenzahl:	Todesfälle:	Procentsatz:
Unter 1 Jahr	0	—	—
2— 5 »	6	—	—
6—10 »	7	2	28,6
11—20 »	45	5	11,1
21—30 »	70	4	5,7
31—40 »	18	1	5,5
41—50 »	8	3	37,5
71—80 »	1	1	100,0
	155	16	

Im Ganzen waren der Polizeibehörde gemeldet in dieser Zeit 510 Typhusfälle; es ging also etwa $^1/_5$ in unsere Behandlung über. Befallen war ausschliesslich der Südosten und Nordosten von Berlin. In den anderen Stadttheilen kam nur die gewöhnliche Anzahl der in Berlin nie aufhörenden Typhusfälle zur Meldung.

Gleich im Beginn ergaben Nachforschungen drei Centren der Epidemie, von denen aus sich die Epidemie radiär schnell fortpflanzte. Eine beigegebene Karte, auf der die Wohnhäuser der Stadt mit Punkten bezeichnet sind, veranschaulicht die Dichtigkeit der Erkrankung und ihre locale Begrenzung.

Seit 14 Jahren hat Berlin eine solche Epidemie nicht gesehen. Die Aetiologie ist völlig im Dunkeln; weder die Bodennoch die Trinkwassertheorie liefert irgend welche Aufklärung. Die meist betroffenen Bezirke waren schon längst an die Canalisation angeschlossen; das Trinkwasser beziehen mit den erkrankten Bezirken andere gesund gebliebene aus den gleichen Quellen. Die Canalisation und Wasserversorgung der Städte ist also kein absoluter Schutz gegen den Typhus; ihre segensreiche Wirkung kann unter Umständen durch unbekannte Factoren compensirt werden.

Eine Isolirung so vieler Typhuskranker war natürlich unmöglich, da das Hospital schon ohnedies überfüllt war; trotzdem hat sich das Heilpersonal gesund erhalten; nur 4 Schwestern und 2 Wärterinnen erkrankten. Kein anderer Kranker derselben Säle wurde inficirt. Fürbringer hält die Isolirung der Typhuskranken für ganz überflüssig. Das einzig Gefährliche sind die Typhusstühle, die sofort in Stechbecken mit 5 Proc. Carbolsäure durchschwankt, und die besudelten Wäschestücke, die sofort in der Desinfectionsanstalt gereinigt werden. Seit dieser Einrichtung ist keine Wäscherin der Anstalt mehr an Typhus erkrankt.

Die 6 inficirten Personen des Wartepersonals sind wahrscheinlich durch Mundinfection erkrankt; aber auch Luftinfection ist nicht ausgeschlossen. Ein Grund für die Erkrankung liegt wohl auch in der Erschöpfung des Körpers durch die ungeheure Arbeitslast der Pflege. Interessant ist die Statistik der Typhusfälle bei Victoriaschwestern seit ihrem Bestehen.

Jahr	Zahl d. pfleg. Schwestern	Typhusfälle	Proc.
1885	18	2	11,9
1886	30	3	10
1887	38	2	5,3
1888	46	0	0
1889	50	5	10

Eine Curiosität ist, dass nicht weniger als 3 Fälle von unzweifelhafter brüsker Perforation des Darms mit nachfolgender Peritonitis geheilt sind, was Fürbringer vorher nie gesehen hat. Den städtischen Genesungsanstalten wurden 18 Männer, 14 Frauen mit glücklichstem Erfolg überwiesen.

Obgleich dadurch eine beträchtliche Anzahl von Pflegetagen erspart worden sind, so kommt doch auf den Kopf des Kranken eine Zahl von 34,6 Tagen, weil der Typhus mit ganz ungewöhnlicher Bösartigkeit auftrat, Perforationen, schwere Psychosen, Lähmungen, Aborte, Recidive an der Tagesordnung waren.

Was die Therapie anlangt, so haben wir keine Abortivcuren gemacht; weder mit Calomel noch mit dem werthlosen Naphthalin. Medicamentöse Antipyretica wurden ganz vermieden, dagegen auf eine reichliche Nahrungszufuhr, Stimulation durch Wein, Cognac u. s. w. und auf Anregung der Nerventhätigkeit durch eine milde Hydrotherapie Werth gelegt.

Herr Virchow hat auch in der Zeit der Epidemie wieder Gelegenheit gehabt, seinen Schülern das Bild des Typhus an frischen Präparaten zu zeigen. Er vermuthet doch als Aetiologie, allerdings ohne festen Anhalt, das Trinkwasser der Stralauer Leitung. Auf den Rieselfeldern ist nicht ein Fall von Typhus vorgekommen.

Aehnliche, ätiologisch dunkle Epidemien, sind in letzter Zeit auch in Liegnitz und Hamburg vorgekommen.

(Schluss folgt.)

Kreisversammlung der Aerzte Niederbayerns

zu Landshut am 10. Juli 1889.

Programm:

Vormittags und Mittags: Empfang der Gäste am Bahnhofe. Versammlungsort: Hotel Kronprinz. Frühschoppen. Besichtigung der Residenz, Trausnitz, des Rathhaussaales. Nachmittags 1 Uhr: Sitzung im kleinen Rathhaussaale.

Vorträge werden halten:

Herr Dr. Ullrich, Irrenhausdirector in Deggendorf: »Ueber alternirendes Bewusstsein«.

Herr Kreismedicinalrath Dr. Egger: »Ueber Geheimmittel«.

Herr Dr. Schreyer: »Ueber Volkskrankheiten in Landshut.«

Hierauf Besprechung und etwaige Antragstellungen. Nachmittags 3 Uhr: Diner im Hotel Kronprinz.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Die Aetzwirkung des Broms und ihre Behandlung.) Aetzungen durch Brom kommen trotz der ausgedehnten Verwendung des Broms in der Technik selten vor, sind aber in Folge der energischen Einwirkung des Broms auf die Haut und die Respirationswege sehr unangenehm; ein wirksames Antidot war bisher nicht bekannt. Ein solches fand nun Sehrwald (Wr. med. W. Nr. 26) gelegentlich einer im Laboratorium der medicinischen Klinik in Jena vorgekommenen Bromverätzung in der Carbolsäure. Brom ist eines der feinsten Reagentien auf Carbol; es führt dasselbe in Tribromphenol, einen weissen krystallinischen, in Wasser unlöslichen Körper über; noch in Verdünnung von 1:60,000 kann Carbol durch diese Reaction nachgewiesen werden. Sehrwald liess daher in dem genannten Falle die geätzten Parthien mit 1—2 Proc. Carbollösung bespülen, wodurch fast momentan alles noch freie Brom gebunden wurde; überdies wurden durch die anästhesirende Wirkung der Carbolsäure die Schmerzen gelindert. S. konnte dann noch durch Versuche an sich selbst die sofortige Aufhebung der Bromwirkung durch die Carbollösung constatiren. Auch die Reizung der Schleimhäute, die bei Einathmung von Bromdämpfen entsteht, wurde durch Einathmung von Carboldämpfen sofort beseitigt. Auch Allgemeinwirkungen des Broms bleiben bei dieser Behandlung aus.

(Ueber die Wirkung des Phenacetins) kam Hirschfelder nach Versuchen auf der med. Klinik des Geheimrath v. Ziemssen in München (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 44) zu folgenden Resultaten: Phenacetin zeichnet sich vor anderen ähnlichen Mitteln vortheilhaft dadurch aus, dass es keine oder nur sehr geringe Nebenwirkungen hervorruft, ferner dadurch, dass es selbst längere Zeit gegeben werden kann, ohne auf den Gesammtorganismus nachtheilig einzuwirken. Die Dosirung schwankt, da sie auch selbstverständlich individuell variiren muss, zwischen 0,3—1,0 g 3—4mal pro Tag. Als Antipyreticum empfiehlt es sich bei acutem Fieber, indem es angenehme Schweisssecretion bewirkt und die Temperatur durchschnittlich noch 1 bis 2 Stunden herabsetzt. Bei chronischen fieberhaften Krankheiten bleibt seine Wirkung manchmal aus, da Gewöhnung an das Mittel eintritt. Wird die Schweisssecretion unterdrückt, so erleidet auch der Temperaturabfall Einbusse. Die Anwendung bei Rheumatismus kann im Grossen und Ganzen nicht empfohlen werden. Wirksam ist Phenacetin bei allen Neuralgien, besonders wenn sie allgemeiner Natur sind, aber ebenso auch bei Trigeminus und Occipitalneuralgien, dann namentlich bei Tabes.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 2. Juli. § Die Hinterbliebenen des verstorbenen Hofrathes Dr. Jakob Rosenthal in Würzburg haben, der Willensmeinung des Verblichenen entsprechend, dem Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte sowie dem Vereine für invalid gewordene bayerische Aerzte den Betrag von je 200 M. zugewendet.

— Die württembergische Abgeordnetenkammer befasste sich in ihrer Sitzung vom 27. Juni mit einer Eingabe in Sachen der Homöopathie. Es handelt sich um Einwendungen gegen die Zurückweisung des der Homöopathie zugethanen stud. med. Layer von einer Assistentenstelle an der chirurgischen Klinik in Tübingen. Die Kammer lehnte sowohl den Antrag der Minderheit der Commission auf Uebergang zur Tagesordnung, als auch den Antrag der Commissionsmehrheit, die Eingabe der Regierung zur Kenntnissnahme zu überweisen, ab.

— Die seit Längerem vorbereitete neue, siebente Ausgabe der österreichischen Pharmakopoe wird Anfang Juli d. J. erscheinen.

— Die Breslauer ärztliche Zeitschrift bringt in ihrer Nummer vom 29. vor. Mts. die überraschende Mittheilung, dass das Blatt mit dieser Nummer zu erscheinen aufhört, da nach dem Tode ihres Gründers, Professor Gscheidlen, keine geeignete Persönlichkeit für die Uebernahme der Redaction gewonnen werden konnte. Während ihres 10jährigen Bestehens hat sich die Breslauer ärztliche Zeitschrift eine sehr angesehene Stellung in der deutschen medicinischen Literatur erworben, so dass ihr nunmehriges Eingehen lebhaft zu bedauern ist.

— Eine sehr heftige Pockenepidemie, die seit Ende vorigen Jahres Ostende heimsucht, ist jetzt erloschen. Die Epidemie erreichte im März mit 36—37 Todesfällen pro Woche ihre Höhe; innerhalb etwa 7½ Monaten wurden unter der kaum 25,000 Einwohner zählenden Bevölkerung von Ostende 400 Pockentodesfälle festgestellt. Seit 11. Mai sind keine weiteren Todesfälle mehr gemeldet.

— In dem Dorfe Cotta bei Dresden und dessen Umgebung sind etwa 120 Personen nach dem Genusse von Rindfleisch, welches von einer kranken Kuh herrührte, schwer erkrankt. Mehrere Personen sind bereits gestorben. Die gerichtliche Untersuchung ist eingeleitet worden.

— Ein interessantes Urtheil wurde soeben in einem Process in Glasgow gefällt. Der dortige Gesundheitsbeamte hatte den Verkauf des Fleisches zweier Rinder, die mit allerdings nur wenig ausgedehnter Tuberculose der Pleuren behaftet waren, als gesundheitsschädlich inhibirt, obwohl bis dahin Fleisch von Thieren, die nur an localer Tuberculose gelitten hatten, in Glasgow, ebenso wie in den meisten anderen grossen Städten Englands, zum Verkauf zugelassen war. Der betreffende Metzger erhob begreiflicherweise Beschwerde. Der Richter trat jedoch der Ansicht des Gesundheitsbeamten bei und erkannte, dass das fragliche Fleisch zum Genuss ungeeignet war. Das Urtheil ist von grosser Tragweite, wesshalb auch die Gesellschaft Glasgower Fleischer Berufung gegen dasselbe ergriff. Von allen in Glasgow zur Schlachtung kommenden Thieren sind ½ Proc. mit Tuberculose behaftet; nach dem bisherigen Gebrauch wurde etwa die Hälfte davon zum Verkauf zugelassen, die andere Hälfte wurde confiscirt. In Zukunft würde also ein weiteres ¼ Proc. alles Fleisches dem Genuss entzogen werden.

— Der Gebrauch des Salicyls, welches derzeit viel als Zuthat bei Bier und Dunstobst zur besseren Conservirung desselben verwendet wird, ist durch ein Gutachten des Obersten Sanitätsrathes in Wien als gesundheitsschädlich erklärt worden.

— Hr. Pasteur hat der Akademie der Wissenschaften eine Statistik über die vom Institut Pasteur vom 1. Mai 1888 bis 1. Mai 1889 behandelten Wuthfälle unterbreitet. Danach wurden 1673 von tollen Hunden gebissene Personen behandelt; 1487 waren Franzosen, 168 Ausländer. Von den 1673 waren 118 am Kopf und im Gesicht gebissen worden. 10 von diesen letzteren wurden während der Behandlung von der Wuth ergriffen; 3 Kranke sind gestorben, nachdem sie die vollständige Behandlung durchgemacht Der Misserfolg beschränkte sich also angeblich auf drei Fälle, oder auf einen Fall unter 557.

— Herr Geh. Sanitätsrath Dr. Fromm ersucht uns darauf hinzuweisen, dass derselbe seine Praxis in Norderney am 1. Juli ds. Jrs. wieder aufnimmt. In der neuesten Auflage von Mosse's Bäder-Almanach fehlt irrthümlicher Weise sein Name.

(Universitäts-Nachrichten.) Montpellier. Prof. Grynfeltt wurde zum Professor der geburtshülflichen Klinik ernannt. — Paris. Dr. Pinard wurde zum Professor der geburtshülflichen Klinik ernannt. — Prag. Der Docent am chemischen Laboratorium in Wiesbaden, Dr. Ferdinand Hueppe, wurde zum ausserordentlichen Professor der Hygiene an der Universität mit deutscher Vortragsprache in Prag ernannt. — Wien. Der ordentliche Professor der Psychiatrie und Neuropathologie an der Universität in Graz, Dr. Richard Freiherrn v. Krafft-Ebing, wurde zum ordentlichen Professor der bezeichneten Fächer an der Universität in Wien und zum Vorstande der psychiatrischen Klinik in der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt ernannt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Quiescirung. Dr. Joseph Scharold, Bezirksarzt I. Cl. beim k. Bezirksamte Bamberg II. wurde wegen nachgewiesener Erkrankung in den Ruhestand auf die Dauer eines Jahres versetzt.

Niederlassung. Dr. C. Geiger zu Landstuhl.

Ernannt. Zum bez. Stellvertreter Dr. H. Geiger sr. in Landstuhl.

Erledigt. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. beim k. Bezirksamte Bamberg II.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 25. Jahreswoche vom 16. bis incl. 22. Juni 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 5 (8), Scharlach — (2), Diphtherie und Croup 6 (13), Keuchhusten 1 (4), Unterleibstyphus — (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber 1 (—), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 179 (183), der Tagesdurchschnitt 25.6 (26.1). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 33.1 (33.9), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 18.2 (19.1), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 15.3 (15.1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 25. Jahreswoche vom 16. bis 22. Juni 1889.

Brechdurchfall 59 (58*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 54 (43), Erysipelas 13 (9), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (2), Kindbettfieber 2 (3), Meningitis cerebrospin. 2 (1), Morbilli 61 (93), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 2 (5), Parotitis epidemica 1 (4), Pneumonia crouposa 5 (16), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 27 (27), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 12 (13), Tussis convulsiva 21 (18), Typhus abdominalis 15 (3), Varicellen 7 (5), Variola, Variolois — (—). Summa 283 (300). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Correspondenz.

Zur weiteren Charakteristik des schon in unserer vorigen Nummer durch Abdruck seiner famosen Annonce gekennzeichneten Arztes Vordermayer geht uns ein Circular zu, das derselbe, wie uns geschrieben wird, an sämmtliche katholische Geistliche (!) Bayerns versandte. Das Schriftstück, das als Leistung eines Arztes wohl ohne Gleichen ist, ist zu schön, als dass wir es nicht an dieser Stelle mittheilen sollten:

Pfarrer Kneipp's Heilanstalt Beyharting.
Station Aibling. — Bayern.

Ein frischer Geist der Abhärtung geht von Wörishofen aus. Schon spürt man das Wehen seiner Schwingen in ganz Deutschland, Oesterreich, Schweiz und Holland. Die höchsten Kreise der Aristokratie, Bischöfe und hohe Staatsbeamte haben ihm ihre Fenster geöffnet und sich Pfarrer Kneipp's Heilmethode zu Nutzen gemacht. Viele Aerzte haben sich schon bei Pfarrer Kneipp gemeldet, um seine Methode zu studiren. Für viele Krankheiten ist aber auch Kneipp wie ein Messias aufgetreten. Ich hatte während meiner längeren Thätigkeit als Badearzt in Wörishofen über sämmtliche von auswärtigen Kranken einlaufende Briefe Herrn Pfarrer Vortrag zu erstatten; wie gross war da die Zahl jener Kranken, welche Kneipp's Heilmethode zu Hause anwandten und die nunmehr ihren Dank in Worten auszusprechen suchten für erfolgte Linderung und Heilung. Augenkranke zählen bereits nach Tausenden, welche Hülfe und Rettung vor Erblindung fanden. Ohrenleiden, selbst veraltete nach Dyphtherie und Scharlach entstanden, wurden durch fortgesetzte warme und kalte Anwendungen gehoben. Gichtkranke, welche jahrelang gelähmt waren und nur mit Unterstützung gehen konnten, sah ich unter meinen Augen durch unermüdliche Durchführung von Kneipp's Heilmethode den Gebrauch ihrer Glieder wieder erlangen. Ein 75jähriger Mann erzählte mir selbst, wie er durch fortgesetzte warme und kalte Anwendungen von seiner 7jährigen Lähmung an den Füssen vollständig geheilt wurde. Er, der nur Linderung seines Leidens suchte, hat Heilung gefunden. Besonders für solche Leute, die Schlaganfälle und von diesen zurückgebliebene Lähmungen erlitten, ist Kneipp als Erlöser aufgetreten. Ebenso für rheumatische Gesichtsschmerzen, Gliederkrankheiten, halbseitiges nervöses Kopfleiden.

Ich sah jahrelang bestehende Drüsenleiden, Bleichsucht und Blutarmuth und besonders unzählige Hautausschläge während meiner Thätigkeit als Badearzt in Wörishofen zur Heilung gelangen. Schwindsüchtige, welche mit Blutbrechen herkamen, sah ich nach 2 Monaten am ganzen Körper gekräftigt die Anstalt verlassen. Ich habe oft an einem Tage 230 Kranke untersucht, gesprochen. Die beste und angenehmste Entfettungscur hat Pfarrer Kneipp erfunden. Kein Organ darf darunter leiden, nicht der Magen und nicht die Nieren. Kranke mit Satthals (Kropf), Asthma, Athembeschwerden, Brustkatarrh können nirgends schneller Hülfe finden als in Kneipp's Heilmethode. Gross ist die Zahl der Herz-, Leber-, Nieren- und Blasenleidenden, welche durch unermüdliche Anwendungen Heilung fanden.

Pfarrer Kneipp, 79 Jahre alt, will, da die Krankenbehandlung ihm zu einer unerträglich zu werden drohenden Bürde wird, sein System der Krankenbehandlung auf jüngere Schultern laden. Er hat mich desshalb zu sich gerufen, mich eingeführt in seine Anschauungsweise und seine Auffassung über Ursache, Entstehung und Heilung der Krankheiten. Auf sein Anrathen gründe ich in Beyharting eine Heilanstalt. Diese ist die einzige Heilanstalt in Bayern nach Pfarrer Kneipp's Methode. In ihr soll sich Kneipp's reine unverfälschte Gesundheitslehre fortpflanzen. Sie soll, wie Pfarrer Kneipp sagt, sein der Fels, an dem die Brandungen der Verpfuschung und Reklammachereien zerschellen werden.

Mit 1. Juni 1889 werde ich in Beyharting meine ärztliche Praxis eröffnen. Alle Briefe über auswärtige Kranke wollen mit genauer Krankengeschichte, Porto für Rückantwort und dem allgemein üblichen ärztlichen Honorar versehen, an meinen Namen abgesendet werden. Ich habe unter Pfarrer Kneipp als Badearzt wohl mehrere Tausend Kranke blos brieflich behandelt, ohne dass dieselben einen Hausarzt in Anspruch nehmen mussten.

Ich bitte meiner Heilanstalt ein wohlwollendes Entgegenkommen zu zeigen. Dr. Vordermayer, prakt. Arzt.

Um das Maass von Schimpf und Schande, das der genannte Arzt durch sein Benehmen auf sich lädt, voll zu machen, kommt nun noch Pfarrer Kneipp selbst mit einer öffentlichen Erklärung, in welcher er sich energisch dagegen verwahrt dem V. allein die Ausübung seiner Methode übertragen, oder denselben ermächtigt zu haben, in seinem Namen und Auftrag an die Oeffentlichkeit zu treten. Also nicht allein Charlatan und Marktschreier, sondern auch Lügner!

Briefkasten.

Herrn Dr. Ph. in F. Auf Ihre Anfrage, ob das Saccharometer nach Einhorn und das Albuminimeter nach Esbach sich thatsächlich als genügend zuverlässige Prüfungsmethoden für praktische Zwecke erwiesen haben, ist zu erwidern, dass Versuche mit dem ersteren Instrument bisher keine günstigen Resultate ergeben haben und dass es daher vorerst für die Praxis nicht empfohlen werden kann. Dagegen hat sich das Esbach'sche Albuminimeter als sehr brauchbar bewährt; auf der hiesigen Klinik ist dasselbe fortwährend in Gebrauch.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Thompson, Sir H., Modern Cremation, its History and Practice. London, 1889.

Robinson, Cremation and Urn-Burial, or the Cemeteries of the future. Cassel & Co, London, 1889.

Transactions of the American orthopedic Association. Vol. I. 1889.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: März[1]) und April 1889.

Regierungsbezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner	Brechdurchfall M.	Brechdurchfall Ap.	Diphtherie, Croup M.	Diphtherie, Croup Ap.	Erysipelas M.	Erysipelas A.	Intermittens Neuralgia int. M.	Intermittens Neuralgia int. A.	Kindbettfieber M.	Kindbettfieber A.	Meningitis cerebrospin. M.	Meningitis cerebrospin. A.	Morbilli M.	Morbilli Ap.	Ophthalmo-Blennorrh. neonator. M.	Ophthalmo-Blennorrh. neonator. A.	Parotitis epidemica M.	Parotitis epidemica A.	Pneumonia crouposa M.	Pneumonia crouposa Ap.	Pyaemie, Septicaemie M.	Pyaemie, Septicaemie A.	Rheumatismus art. ac. M.	Rheumatismus art. ac. Ap.	Ruhr (dysenteria) M.	Ruhr (dysenteria) A.	Scarlatina M.	Scarlatina Ap.	Tussis convulsiva M.	Tussis convulsiva Ap.	Typhus abdominalis M.	Typhus abdominalis A.	Varicellen M.	Varicellen A.	Variola, Variolois M.	Variola, Variolois A.	Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte A.
Oberbayern	95	98	341	289	75	106	43	43	14	17	2	3	745	[2]728	11	18	43	42	255	275	8	4	236	222	14	8	104	87	84	78	16	12	62	71	—	—	592	345
Niederbay.	14	21	19	15	15	14	15	25	8	2	—	1	2	1	1	2	1	2	66	72	1	1	21	27	—	1	1	1	1	1	3	3	—	[3]18	—	—	156	33
Pfalz	17	27	263	212	63	66	20	27	20	16	[4]9	[4]6	55	22	4	3	64	30	458	467	3	—	157	111	1	1	139	123	72	128	34	33	18	10	—	[5]4	201	126
Oberpfalz[6])	13	13	31	20	14	6	9	7	3	3	1	1	4	9	1	1	59	31	82	85	—	—	25	16	—	—	8	4	2	4	13	27	3	6	—	—	101	50
Oberfrank.	2	—	5	2	1	1	—	—	—	2	—	—	1	—	1	—	—	—	24	13	—	—	4	4	—	—	2	2	1	—	4	1	—	—	—	—	163	5
Mittelfrank.	4	14	86	100	21	32	15	20	3	4	1	3	920	693	—	—	88	53	53	80	—	—	64	64	—	—	35	24	37	34	3	5	32	24	6	6	238	68
Unterfrank.	32	43	[7]430	[8]352	55	64	6	7	8	15	15	10	68	42	2	—	33	20	353	258	2	4	122	93	1	2	[9]227	[10]193	41	[11]114	41	11	29	32	4	1	256	176
Schwaben	[12])	[12])	138	91	70	73	9	17	25	19	8	4	254	413	5	5	27	11	619	502	[12])	[12])	140	129	3	2	66	89	72	23	39	27	[13])	[12])	4	[13]7	243	144
Summa	177	216	1313	1081	314	362	117	146	81	73	36	28	2049	1908	25	29	320	189	1910	1752	14	9	769	666	19	14	582	523	310	382	153	119	144	143	32	18	1950	947
Augsburg	[12])	[12])	12	7	10	6	—	—	1	2	—	1	3	6	—	—	11	6	24	16	[12])	[12])	27	49	—	—	1	5	4	—	2	1	[12])	[12])	4	—	54	7
Bamberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	—
Kaiserslaut.	—	2	40	21	7	5	2	—	1	1	—	—	1	—	—	—	17	6	13	8	—	—	11	11	—	—	40	16	—	—	—	—	7	1	—	—	11	5
Munchen[14])	44	53	234	238	46	78	12	12	4	8	1	1	647	552	8	14	33	30	90	107	3	3	156	128	2	—	77	63	70	72	11	8	48	55	—	—	321	278
Nürnberg	4	14	86	99	21	32	15	20	3	3	1	3	920	693	—	—	88	53	53	78	—	—	64	64	—	—	35	24	37	34	3	5	32	24	6	6	72	67
Regensburg	5	6	8	6	9	4	2	2	—	—	1	2	—	1	—	—	58	26	22	14	—	—	18	4	—	—	3	2	1	2	6	22	1	3	—	—	26	22
Würzburg	16	12	46	33	10	12	—	—	—	2	6	3	3	11	1	—	—	1	36	18	—	—	19	14	1	—	17	27	10	—	6	3	13	19	—	—	66	22

Bevölkerungszahlen: Oberbayern 1,000,761. Niederbayern 660,802. Pfalz 537,990. Oberpfalz 537,990. Oberfranken 576,703. Mittelfranken 671,966. Unterfranken 618,436. Schwaben 650,166. — Augsburg 65,905. Bamberg 31,521. Fürth 35,455. Kaiserslautern 31,449. München 281,000. Nürnberg 114,891. Regensburg 36,093. Würzburg 55,010.
[1]) Incl. einiger seit der letzten Veröffentlichung eingelaufener Nachträge. [2]) Davon 131 in Wartenberg und Umgebung. [3]) Sämmtl. in Bez.-A. Regen. [4]) Davon 5 resp. 4 in Bez.-A. Germersheim. [5]) Sämmtliche in Neustadt. [6]) Aus Bez.-A. Staffelstein wurden 8 Fälle von granulirender Bindehautentzündung gemeldet. [7]) 22 Fälle (ohne Scarlatina) in Kreuzwertheim [8]) Epidemisch in Bez.-A. Kissingen, Marktheidenfeld, Miltenberg. [9]) 21 Fälle in Kreuzwertheim, grösstentheils mit Diphtherie; 5 Fälle in Hassloch; Epidemie im Erlöschen. [10]) Davon 35 Fälle in Bez.-A. Marktheidenfeld, 51 in Bez.-A. Obernburg. [11]) Davon 60 in Bez.-A. Mellrichstadt. [12]) Fehlt in dem schwäbischen Formular. [13]) Sämmtliche in Memmingen. [14]) 10.—13., resp. 14.—17. Jahreswoche.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.

Fig. IV.

Fig. V.

Fig. VI.

Fig. VII.

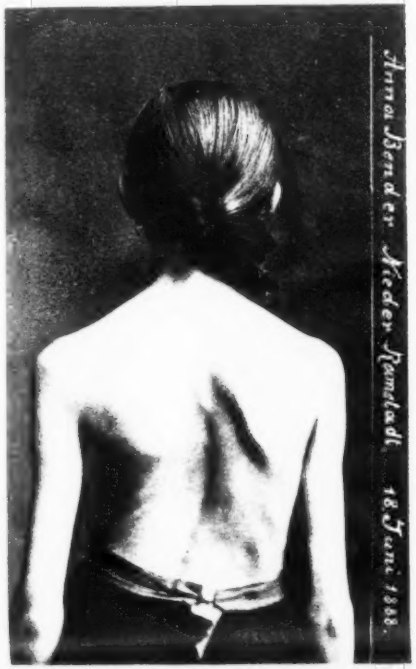

Fig. XIII.

Fig. XIV.

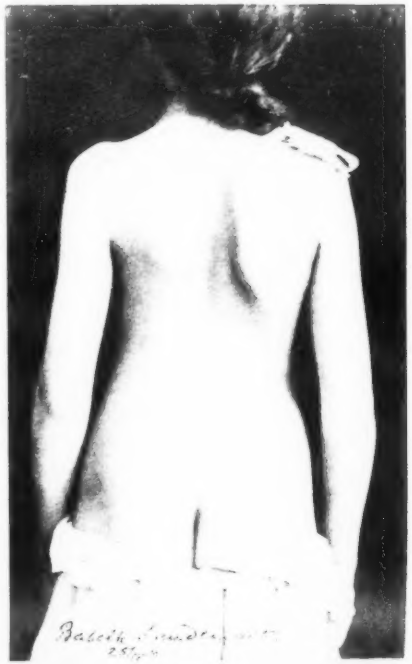

Fig. XV.

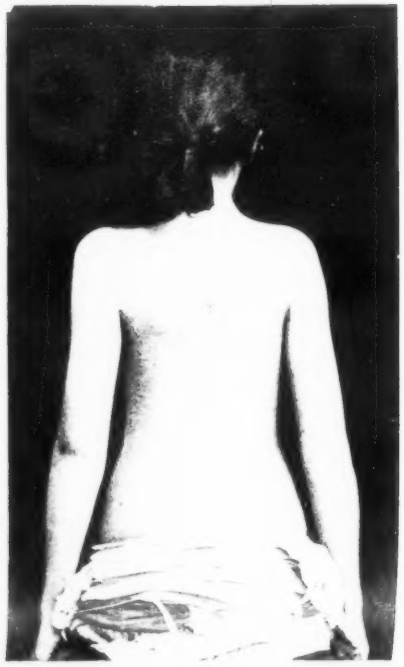

Fig. XVI.

Fig. XIII.

Fig. XIV.

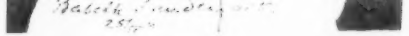

Fig. XV.

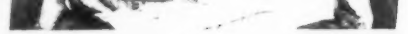

Fig. XVI.

Fig. XVII.

Fig. XVIII.

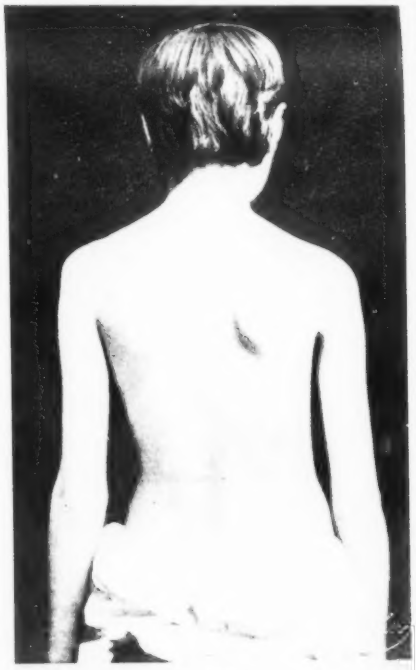

Fig. XIX.

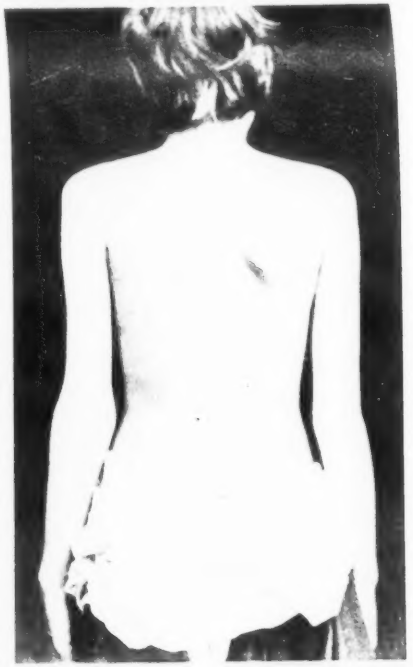

Fig. XX.

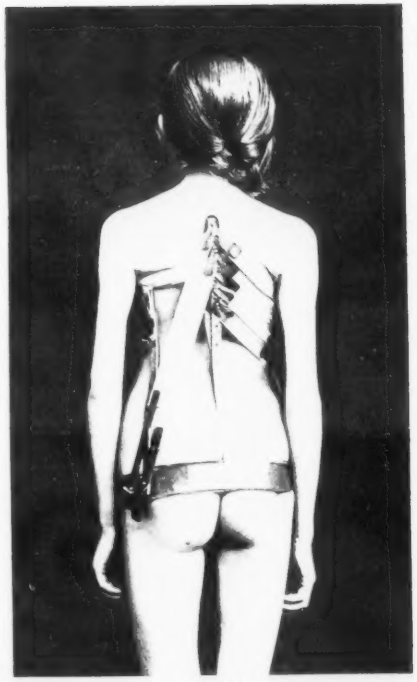

Fig. XXI.

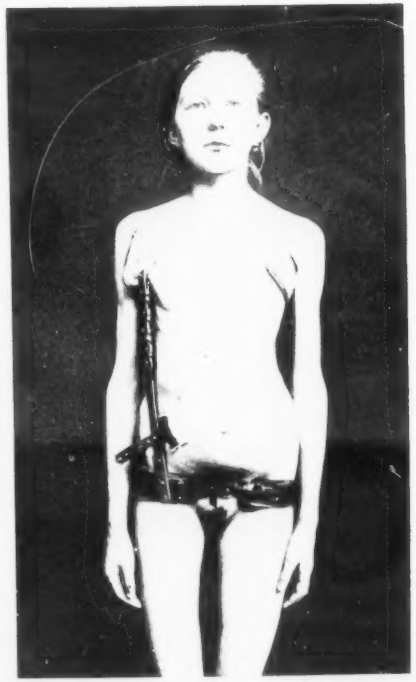

Fig. XXII.

Fig. XXIII.

Fig. XXV.